

XI КОНГРЕС

СА МЕЂУНАРОДНИМ УЧЕШЋЕМ

03.10. - 07.10.2018.год.
Врњачка Бања (Хотел Zepтер)



НАЦИОНАЛНА АСОЦИЈАЦИЈА
УДРУЖЕЊА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА СРБИЈЕ
Акредитациони број: Д-1-372/18

НАЦИОНАЛНИ КОНГРЕС СА МЕЂУНАРОДНИМ УЧЕШЋЕМ

Пленарна тема:

"Новине у области биолошких лекова"

- Проф. др Драган Миловановић

- Факултет медицинских наука у Крагујевцу

Акредитовано за:

лекаре, стоматологе, фармацеуте, биохемичаре,
медицинске сестре и здравствене техничаре

Бр. бодова:

13 акредитовани предавачи, 11 стручна саопштења,

9 постер презентација, 8 пасивни учесници

Котизација: за чланове НАУЗР Србије (без котизације)

остали (3.600 динара) - рачун: 160-389495-53



ИНФОРМАЦИЈЕ

Остале информације и упуства за израду радова

као и упуство како послати рад можете прочитати

на сајту (www.nauzrs.rs)

Инфо: телефон/факс: (018) 4284333,

емаил:

(сваким радним даном од 10:00 до 15:00 сати)

XI КОНГРЕС СА МЕЂУНАРОДНИМ УЧЕШЋЕМ

3. октобар 2018.
Пленум и свечано отварање



info@nauzrs.rs



+381184284333



www.nauzrs.rs

НАЦИОНАЛНА АСОЦИЈАЦИЈА УДРУЖЕЊА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА СРБИЈЕ

АКРЕДИТОВАНИ РАДОВА КОНГРЕСА

Акредитациони број: Д-1-372/18

Конгрес је бодован са 13 бодова за акредитоване предаваче, 11 за усмена саопштења, 9 за постер презентације и 8 за пасивне учеснике

Хотел „ZEPTEP“ Врњачка Бања
3. – 7. октобар 2018. године

СПИСАК ЧЛАНОВА НАУЧНОГ И/ИЛИ ПРОГРАМСКОГ ОДБОРА
(звање, име и презиме, институција у којој ради, земља)

1. **Доц. др сци мед Миодраг Вучић**- Доцент на Медицинском факултету универзитета у Нишу- **Председник Одбора**
2. **Проф.др Зоран Милошевић**- **Подпредседник Одбора**- Редовни професор Медицинског факултета Универзитета у Нишу
3. **Проф.др Ивана Бинић**- Редовни професор Медицинског факултета Универзитета у Нишу
4. Виши медицински техничар, Дипломирани економиста менаџер у здравству, **Синиша Ђурђевић**- **Председник координационог тима** између научно стручног одбора и Стручно профилских Друштва Националне, Завод за хитну медицинску помоћ у Нишу
5. Струковни медицински техничар **Хофман Миомир**- Председник Друштва медицинских сестара-техничара и бабица Србије, Специјална болница за психијатријска обољења у Г.Топоници
6. Струковна медицинска сестра, **Томић Босиљка**-Подпредседник Друштва медицинских сестара- техничара и бабица, ОБ Пожаревац
7. Струковна медицинска сестра, **Наташа Јевтовић**- Секретар Друштва медицинских сестара-техничара и бабица Србије, Клиника за неурологију КЦ Крагујевац
8. **Вфт Јасминка Стојадиновић**- Председник Друштва физио и радних терапеута Србије, Институт Нишка бања
9. Струковни дијететичар нутрициониста, **Голубовић Саша**- Председник Друштва дијететичара и нутрициониста Србије, Специјална болница за психијатријска обољења у Г.Топоници
10. **Влт Бранкица Здравковић**- Председник Друштва лабораторијских техничара Србије- ДЗ Ниш
11. Санитарно еколошки инжињер ,**Маја Нешковић**- Председник Друштва санитарно еколошких инжињера Србије, Завод за јавно здравље Пожаревац
12. Фармацеутски техничар **Љиљана Ђокић**- Председник Друштва фармацеутских техничара Србије, Здравствена установа апотека Ниш
13. Струковни радиолог, **Саша Костадиновић**, ОБ Лесковац

СПИСАК АКРЕДИТОВАНИХ ПРЕДАВАЧА
(звање, име и презиме, институција у којој ради)

1. Проф. др Драган Миловановић, редовни професор Фармакологије и токсикологије, Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу, Служба за клиничку фармакологију Клиничког центра „Крагујевац“ у Крагујевцу.
2. Виша медицинска сестра, Наташа Црноглавац, Општа болница Крушевац, одељење за офталмологију
3. Доцент, Бранка Митић, Клиника за нефрологију и хемодијализу, Клинички центар Ниш, Медицински факултет Универзитета у Нишу
4. «Управление на здравните грижи», Камелия Костадинова Богданова, , Медицински универзитет - Софија, Медицински факултет, Одељење за здравствену заштиту
5. Асс.др сци.мед., Владимир Ђорђевић, Клиника за заштиту менталног здравља, КЦ Ниш, Медицински факултет Универзитета у Нишу
6. Виша медицинска сестра, Драгана Миловановић, Здравствени центар Аранђеловац
7. Лекар специјалиста нуклеарне медицине, асистент на предмету Нуклеарна медицина на Факултету медицинс, Весна Игњатовић, Клинички центар Крагујевац
8. Спец.клиничке биохемије др, Љиљана Савић, Дом здравља Ниш
9. Магистар сци.мед., Горан Бубања, СБ "Меркур" Врњачка Бања
10. Лекар, Слађана Влајовић, Завод за хитну медицинску помоћ
11. Магистар медицинских наука-област епидемиологија, специјалиста хигијене др, Снежана Глигоријевић, Институт за јавно здравље Ниш
12. Редовни професор, специјалиста гинекологије и акушерства др, Мирјана Варјачић, Клинички центар Крагујевац, Медицински факултет Универзитета у Крагујевцу
13. Завършва висше образование, ОКС «Магистър» по «Управление на здравните грижи» в Медицински университет, Тая Сергеева Попова, преподавател към катедра”Здравни грижи”, Медицински университет – София, Факултет по општествено здраве
14. Примаријус, Начелник службе дечије анестезиологије, Зоран Петровић, Центар за анестезиологију и реаниматологију Клички центар, Ниш
15. Сарадник за превентивну здравствену заштиту , Маја Нешковић, Предшколска установа „Љубица Вребалов“ Пожаревац
16. Преподавател по практика на специалност „инспектор по општествено здраве”, Илия Костадинов Тасев, Медицински колеж „Йорданка Филаретова” при Медицински университет-гр. София
17. Физиотерапеутски техничар - главни физиотерапеут, Јасминка Стојадиновић, Институт за лечење и рехабилитацију "Нишка Бања"
18. Доктор специјалиста оториноларингологије-субспецијалиста фонијатар, Јасмина Стојановић , Клинички Центар Крагујевац
19. Доктор стоматологије, Др, Ивица Глишић, Дом здравља Пожаревац
20. Специјалиста медицине рада, мр др, Саша Лукић, Завод за здравствену заштиту радника Железнице Србије Београд огранак Ниш
21. Сарадник у настави, ужа научна област хирургија, Дејан Лазић, Клинички Центар Крагујевац - Клиника за општу и грудну хирургију

22. Старша медицинска сестра, Анушка Нишан Димитрова, Преподавател към катедра "Здравни грижи", Факултет по обществено здраве, Медицински университет - София
23. Струковна медицинска сестра специјалиста, Данијела Стаменковић, Клинички центар Ниш - Клиника за урологију
24. Доктор стоматологије, Марко Гојнић, Зуботехничка школа Београд
25. Зубни техничар - демонстратор, Самир Берисалић, Интердент д.о.о. Љубљана
26. Струковна медицинска сестра, Наташа Јевтовић, Клинички центар Крагујевац
27. Лекар, специјалиста пнеумофтизиолог, Славиша Антонијевић, Дом здравља Сокобања
28. Прим др сци. мед, Зоран Станојковић, Завод за трансфузију крви - Ниш
29. Виши медицински техничар, Милан Павловић, КЦ Ниш - Клиника за онкологију
30. Доц. др, Валентина Живковић, Медицински факултет Универзитета у Нишу
31. Специјалиста оротиноларингологије, Гордана Ђорђевић, Дом здравља Крагујевац
32. Доцент на катедри Радиологије Медицинског факултета у Београду., Јовица Шапоњски, Клинички центар Србије Институт за кардио васкуларне болести
33. Лекар, специјалиста опште медицине, Маша Милчић, Дом здравља Алексинац
34. Специјалиста ортопедије, доктор медицинских наука, Др. сци. мед Предраг Стојиљковић, Клинички центар Ниш
35. Ванредни професор Проф. др, Иван Мицић, Медицински факултет Универзитета у Нишу
36. Фармацеутски техничар, Љиљана Ђокић, Дентафарм Београд
37. Наставник вештина, Светлана Николић, Висока медицинска школа струковних студија Ћуприја
38. Струковна медицинска сестра- специјалиста, Соња Паравина Јанчић, Клиника за кожне болести КЦ Ниш
39. Асистент, Мастер менаџер у здравству, Струковни медицински техничар специјалиста, Асс. Небојша Вацић МА, Клиника за хематологију Клиничког центра у Нишу. Факултет за примењени менаџмент, економију и финансије Београд- Председник Националне асоцијације удружења здравствених радника Србије

ПЛЕНАРНА ТЕМАТИКА за све учеснике Конгреса:

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ (максимално 500 речи)

Аутор: Проф. др Драган Миловановић, редовни професор Фармакологије и токсикологије, Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу, Служба за клиничку фармакологију Клиничког центра „Крагујевац“ у Крагујевцу.

НОВИНЕ У ОБЛАСТИ БИОЛОШКИХ ЛЕКОВА

Биолошки лекови су протеини или нуклеинске киселине који се користе за терапију или *in vivo* дијагностичке сврхе. Биолошки лекови се данас користе код читавог низа бројних хроничних болести у области онкологије, нефрологије, реуматологије, неурологије, гастроентерологије, дерматологије и друго. Поред значајних предности биолошки лекови најновије генерације деле и одређена заједничка нежељена дејства, као што су инфекције и неке неоплазије. Значајан напредак у примени биолошких лекова скопчан је и са економским тешкоћама у обезбеђивању ових медикамената свим болесницима који су потенцијално погодни за терапију.

Фармакотерапија биолошким лековима задире у област рада здравствених радника готово свих специјалности. Увођење нових биолошких лекова у терапију је област рада лекара. Биолошки лекови се, по правилу, примењују парентерално тако да је безбедност и сугурност ланца снабдевања, у коме учествују фармацеути, и саме апликације лека, у којој учествују медицински техничари, од највећег значаја. Биолошка дејства ових лекова се испољавају споро, најчешће после извесног латентног периода. Такве околности захтевају дуготрајни, понекад и континуирани контакт здравственог радника и болесника и мониторинг. Поред лекара, мониторинг ефеката и потенцијалних нежељених дејстава врше и медицински техничари и биохемичари, путем лабораторијског мониторинга.

Све ове околности чине да расте значај ангажовања здравственог радника током иницирања, спровођења и праћења терапије новим биолошким лековима. Здравствено саветовање и подршка болесницима у планирању и током лечења, руковање лековитим препаратима, апликација лека, надзор над биолошким ефектима, препознавање и пријављивање раних и касних нежељених дејстава и лабораторијски мониторинг виталних и имунолошких параметара чине данас врло важне сегменте рада свих који су укључени у ову област фармакотерапије. У појединим земљама се формирају специјализовани центри, који укључују здравствене раднике свих профила, а постоје и поједина струковна удружења у свету усмерене ка области биолошке терапије. Сходно свему наведеном, може се претпоставити да ће улога здравствених радника у фармакотерапији биолошким лековима временом расти што од њих захтева стицање нових знања и вештина у усвајање нових ставова, што је и циљ ове континуиране едукације.

**НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА
НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

1. Antman EM, Creager MA, Houser SR, Warner JJ, Konig M; American Heart Association. American Heart Association principles on the accessibility and affordability of drugs and biologics: a presidential advisory from the American Heart Association. *Circulation*. 2017 Nov 9. pii: CIR.0000000000000551.
2. Blandizzi C, Meroni PL, Lapadula G. Comparing originator biologics and biosimilars: a review of the relevant issues. *Clin Ther*. 2017 May;39(5):1026-1039.
3. Wright EE Jr, Blevins TC, Reed B, Pollom RD. Hot Topics in Primary Care: Demystifying the Differences: Follow-on biologics, biosimilars, and generics. *J Fam Pract*. 2017 Apr;66(4 Suppl):S22-S27.
4. Stevenson JG, Green L. Biologics, pharmacovigilance, and patient safety: it's all in the name. *J Manag Care Spec Pharm*. 2016 Aug;22(8):927-30.
5. Larsson I, Fridlund B, Arvidsson B, Teleman A, Svedberg P, Bergman S. A nurse-led rheumatology clinic versus rheumatologist-led clinic in monitoring of patients with chronic inflammatory arthritis undergoing biological therapy: a cost comparison study in a randomised controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2015 Nov 16;16:354. doi: 10.1186/s12891-015-0817-6.

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

Повреде ока

Н. Црноглавац

Грађа лица и очију је добро прилагођена заштити од повреда, али упркос томе повреде се дешавају. Повреде ока настају дејством физичке силе, хемијских агенаса или као последица деловања високих температура и зрачења. Трећини свих повреда ока чине контузионе повреде. Најчешће су изазване дејством оштрог или тупог предмета или употребом органских и неорганских киселина и база. Најчешће су повреде ока последица рада у кућним условима, када се не користи адекватна заштита. Штетни фактор који изазива повреду ока може трауматизовати површину ока, доћи до дубоких слојева очне јабучице.

Пацијенти са траумом ока имају јаке болове а понекад их немају уопште, имају црвенило и оток, појачано сузење ока и осетљивост на светлост, смањену оштрину вида. Свака повреда ока изискује обавезну посету офталмологу.

Повреде ока се деле на отворене и затворене. Затворене су контузије и ламералне лацерације а отворене су лацерације у оквиру којих су пенетрантне, интрабулбарна страна тела и перфоративне повреде и руптуре. Са сваком пенетрантном повредом постоји могућност уношења инфекције, може уследити ендофталмитис који је често озбиљнији од саме повреде са губитком ока. Прва помоћ подразумева стављање завоја преко ока.

Повреде ока су три пута чешће код мушкараца него код жена, обично настају у тучи, спорту или при раду. Хемијске повреде су опасне јер могу да доведу до трајних оштећења вида. Прва и најзначајнија прва помоћ код њих је обилно испирање.

Траума ока и те како може да угрози здравље и да остави трајне последице. Једно од најчешћих и најтежих је свакако губитек вида. Због тога очи морају да се штите, ношењем одговарајуће опреме и наравно опрез при раду са опасним хемикалијама и апаратима.

Број речи: 308

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Милош Мирковић; Пенетрантне повреде ока код деце ; 2009
2. Слободан Голубовић, Милош Јовановић ; Уџбеник за студенте медицине;2015
3. Предраг Јовановић, Драган Веселиновић; Офталмологија, 2011,медицински факултет
4. Јовановић М., Стефановић И; Mechanical injuries of the eye: incidence, structure and possibilities for prevention. Војносанит. прегл. 2013
5. Алимановић-Халиловић Е; Ургентна офталмологија, Медицински факултет универзитета у Сарајеву, Сарајево 2014.

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

Новооткривени дијабетес код пацијената након трансплације бубрега

Б. Митић, З. Сладојевић,

Иако је трансплантација бубрега најбоља терапија терминалне бубрежне инсуфицијенције И препоручује се пацијентима са јачином гломерулске филтрације испод 30мл/мин, новооткривени дијабетес после трансплације у многоме смањује повољности овог начина лечења, и представља значајан, независан предиктор укупне смртности и губитка функције графта. Циљ студије је био да се утврди учесталост новооткривеног дијабетеса код пацијената након трансплације бубрега, као и фактори ризика за појаву дијабетеса након трансплације.

Студијом су обухваћени пацијенти старији од 18 година, код којих је урађена трансплантација бубрега у Клиничком центру Ниш, у периоду од 2007. до 2016. године. Процена поремећаја толеранција на глукозу је вршена код свих пацијената у прва три месеца после трансплације. Поред физикалног прегледа и основних лабораторијских анализа, код свих испитиваних особа одређени су и ниво такролимуса и ниво гликозилираног хемоглобин НбА1С.

Новооткривени дијабетес је дијагностикован после 17,2+10,8 дана од трансплације бубрега. Пацијенти са новооткривеним дијабетесом су имали значајно виши ниво серумског креатинина и снижен клиренс креатинина у поређењу са групом пацијената која је имала дијабетес пре трансплације бубрега ($r < 0,01$), и статистички сигнификантно краћи период праћења након трансплације бубрега ($r < 0,05$). Резултати показују статистички значајно виши ниво БМИ у односу на пацијенте са већ присутним дијабетесом пре трансплације, као и ниво триглицерида ($r < 0,05$). Ниво такролимуса је био адекватан за посматрани пост трансплациони период.

Новооткривени дијабетес после трансплације је значајна компликација трансплације бубрега и удружена је са факторима ризика, пре свега старијим животним добом реципијената и наследним оптерећењем, али и промењивим факторима као што су гојазност и хипертриглицеридемија. Сматрамо да би се преваленца новооткривеног дијабетеса после трансплације променила ако би код потенцијалних прималаца графта бубрега орални тест толеранције на глукозу (ОГТТ) био учињен пре трансплације.

Број речи: 269

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Gaynor JJ, Ciancio G, Guerra G, Sageshima J, Hanson L. Multivariable risk of developing new onset diabetes after transplant—results from a single-center study of 481 adult, primary kidney transplant recipients. *Clin Transplant* , 2015, 29: 301-310.
2. Geoffrey K. Dube, David J. Cohen Recurrent and De Novo Diseases After Renal Transplantation, 2014.159-172
3. Harini A. Chakkera, MPH, Jennifer Weil, Phuong-Thu Pham, Jeremy Pomeroy, PHD² and William C. Knowler. Can New-Onset Diabetes After Kidney Transplant Be Prevented? *Diabetes Care* 2013 May; 36(5): 1406-1412.
4. Al-Ghareeb SM, El-Agroudy AE, Al Arrayed SM, Al Arrayed A, Alhellow HA Risk Factors and Outcomes of New-Onset Diabetes after Transplant: Single-Centre Experience. *Exp Clin Transplant* ,2012, 10: 458- 465. 33.
5. Yang SB, Lee HY, Young DM, et al Rapamycin induces glucose intolerance in mice by reducing islet mass, insulin content, and insulin sensitivity. *J Mol Med (Berl)* 2012;90:575–585

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

Организација психијатријске помоћи у Републици Бугарској

К.К. Богданова

Организација психијатријске помоћи у Републици Бугарској регулисана је Уставом Републике Бугарске, Законом о здравству, Законом о здравственом осигурању, Законом о медицинским установама, Медицинским стандардом за психијатрију.

Третман и здравствена заштита особа са менталним поремећајима заснована су на принципима поштивања права пацијената, смањењу институционалне зависности особа са менталним поремећајима, интегрисању и изједначавању психијатријске помоћи са другим медицинским подручјима. Уочене су успостављене норме у спровођењу процеса исцељења и начела човечанства, социјалне адаптације, стимулације самопомоћи и активне професионалне подршке особама са психичким поремећајима. Закон земље регулише право приступа менталној здравственој заштити, право на информације о лијечењу и сагласност за његову примјену, право на повјерљивост информација, право на недискриминацију, право на хуманитарни третман, као и лица која подлежу обавезном лијечењу и њези . Лечење и здравствена заштита организују и спроводе установе за ванболничну негу, амбулантне службе за примарну заштиту, амбуланти за специјализовану медицинску негу и центри за ментално здравље.

Кључне речи: психијатријска помоћ, организација, Република Бугарска

Број речи: 155

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Богданова, К., Т. Попова, Д. Благоева. Достојнство и права на хората, ползвачи психично-здравни услуги. Здравна политика и мениджмџнт, бр.1, 2017, стр.56-58.
2. Наредба № 24 от 7.07.2004 г. за утврђдаване на медицински стандарт "Психиатрия".
3. Закон за защита на личните данни. В сила от 01.01.2002.Изм. и доп.ДВ бр. 15 от 15 февруари 2013 г., доп. ДВ бр.81 от 14 октомври 2016 г.
4. Закон за здравето. Доп. ДВ бр. 102 от 29 декември 2015., доп. ДВ бр.17 от 1 март 2-16 г.
5. Закон за здравното осигуряване. Доп. ДВ бр.17 от 1 март 2016 г.
6. Закон за лечебните заведения. Доп. ДВ, бр. 62 от 2002., изм. бр. 59 от 2007.

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

УЛОГА ПСИХИЈАТРИЈСКЕ СЛУЖБЕ У ПРЕВЕНЦИЈИ НАСИЉА У
ПОРОДИЦИ

В. Ђорђевић, О. Сибиновић,

Насиље у породици обухвата све оне бихевиоралне обрасце којима један члан породице угрожава физички интегритет, душевно здравље или психичку равнотежу другог члана породице. Породични закон под насиљем у породици подразумева обрасце понашања као што су покушај и/или наношење телесне повреде, изазивање страха претњом наношења телесне повреде или убиством, све облике вређања и злонамерног понашања, ограничавање слободе кретања и комуницирања са другим лицима, присиљавање или навођење на сексуални однос. Иако прецизни подаци о распрострањености насиља у породици недостају, велики број истраживања указује да је веома распрострањено, да има озбиљне последице и да су жртве далеко чешће жене и деца него одрасли мушкарци. Код жртава насиља се развијају осећања страха, кривице, стида, тако да обично дуго трпе насиље пре него што се одлуче да потраже помоћ. Такође, ниво информисаности о насиљу у породици и постојању адекватних служби за пружање помоћи је веома низак у општој популацији, што прилично отежава благовремено препознавање и реаговање од стране друштвених институција. Насиље у породици се може испољити у великом броју понашајних облика који се групишу у димензије физичког, психичког, сексуалног и економског насиља. Физичко насиље подразумева коришћење делова тела, предмета или оружја за претње, повређивање, казну, доминирање или контролисање друге особе. Психичко насиље се састоји у претњи да ће се угрозити живот или тело друге особе и укључује осећање угрожене сигурности код оног коме се прети. Сексуално насиље укључује сваки вид присиљавања на сексуални однос, силовање, обезвређивање и понижавање на полној основи, повреду полне слободе и морала. Економско насиље се односи на забрану члану породице да се запосли, да располаже сопственим приходима, контролисање зараде и примања, одузимање средстава за рад, новца и вредних ствари. Сами обрасци насиља одвијају се у некој врсти „зачараног круга“ где је прва фаза подизање тензије, друга акутно злостављање, а трећа поновно успостављање равнотеже. Када се успоставе, овакви модели односа у породици показују тенденцију да буду трајни. Циљ насилника је контрола над другим чланом/члановима породице. Он одлучује шта други члан породице треба да ради, да мисли, како да се понаша, шта му је потребно, колико новца треба да троши. Оваква контрола се често презентује другом члану породице као љубав и брига за њега. Насилници могу бити људи било које националности, професије, образовног нивоа и матерјалног статуса. Није их лако препознати јер су обично добро интегрисани и прихваћени у социјалном миљеу. Психолошке теорије као неке од заједничких особина личности насилника наводе тешкоће у контроли импулса, склоност изненадним изливима беса и ниско самопоштовање. Од менталних поремећаја који могу бити у основи насиља најчешћи су поремећаји личности и болести зависности. Најчешће последице дуготрајног насиља су депресија, анксиозни поремећаји и посттрауматски стресни поремећај, који се чешће јавља код деце над којом је вршено насиље. Суицидални ризик може бити висок, нарочито ако злостављана особа ситуациони склоп процењује као безизлазни. Овако озбиљне последице указују на неопходност што активнијег учешћа психијатријске службе у свим облицима и програмима превенције насиља у породици,

као и на потребу за унапређењем интерсекторске сарадње са осталим службама и институцијама надлежним за спречавање ове појаве.

Број речи: 495

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Kivelä S, et al. A cross-sectional descriptive study of the family functioning, health and social support of hospital patients with family violence backgrounds. *Scand J Caring Sci* 2017. doi: 10.1111/scs.12554.
2. Machisa MT, et al. Mental ill health in structural pathways to women's experiences of intimate partner violence. *PLoS One* 2017;12(4):e0175240.
3. Stewart DE, et al. New Developments in Intimate Partner Violence and Management of Its Mental Health Sequelae. *Curr Psychiatry Rep* 2016;18(1):4.
4. Bagwell-Gray ME, et al. Intimate Partner Sexual Violence: A Review of Terms, Definitions, and Prevalence. *Trauma Violence Abuse* 2015;16(3):316-35.
5. Brown MJ, et al. Adverse childhood experiences and intimate partner aggression in the US: sex differences and similarities in psychosocial mediation. *Soc Sci Med* 2015;131:48-57.

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

Бурноут-синдром

Д. Миловановић, Б. Чолић,

У савременим условима пословања професионални стрес а нарочито бурн –аут синдром или спавањем, несаница, често буђење у току ноћи и немогићност дневног спавања, нагле промене телесне тежине, повишен шећер у крви, смањење имунитета. Као најчешћи емоционални симптом наводе се депресија, емоционална празнина, осећај губитка животног смисла, анксиозност, губитак мотивације за одлазак на посао, губитак егзистенцијалног ентузијазама, апатија, бизолатија, досада осећај туге, осећај губитка снаге и страх од губитка посла. Долази до промене у понашању. Особа је раздражљива, нервозна, напета, импулсивна, експлозивна, љута.

Изгарање хроничан процес и креће од исцрпљености, преко стања умора до адреналне изгорелости. Да би контролисале овакво понашање особе са симптомима изгарања неретко упадају у нову замку. Фазе синдрома изгарања: идеалистички ентузијазам, фаза стагнације, фаза фрустрације и фаза апатије. Sindrom izgaranja ili burnout (engl. burnout) pojam je koji opisuje stanje profesionalca u humanističkim strukama koji su zbog izrazito napornog rada i stresnih situacija синдром изгарања на послу, представљају друштвене и професионалне проблеме који дугорочно гледано утичу на психо-физичко здравље запосленог на резултате његовог рада и мотивацију и на живот уопште. Синдром изгарања је одговор организма на хроничан стрес на радном месту и означава процес који настаје у професионалном односу и раду са клијентима и колегама. Описује се као низ телесних и менталних симптома исцрпљености односно као одложени одговор на хроничне, емоционалне и интерперсоналне стресне догађаје на радном месту. Такође се односи на специфичан тип напетости које одражава веровање да су ресурси које особа поседује да би се суочила са стресним ситуацијама недовољни или непостојећи, што доводи до осећаја беспомоћности, умора, исцрпљености и когнитивног губитка. Сам термин бурн-оут у буквалном смислу значи изгорети, утихнути.

Емоционална исцрпљеност се најчешће појављује као централни симптом изгарања. Када се емоционалне резерве исцрпе, човек више није способан да се даје другима и тада код појединца долази до емоционалне исцрпљености, односно долази до немогућности даљег давања. Сагоревање је хроничан процес и креће од исцрпљености преко стања умора до адреналне изгорелости. Смањена радна ефикасност, смањење личног ангажовања, постигнућа и продуктивности у раду. Синдрому изгарања подлежу особе изложене стресу када се труд и рад не поштују довољно и када такво стање постоји довољно дуго. Симптоми синдрома изгарања: Прво се примећују физички симптоми и замор, малаксалост, хронично не одређени физички болови, главобоље, бол у леђима, стомачне тегобе.

Број речи: 324

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Popov B, Popov S, 2011 Polne razlike u doživljavanju stresa na radu
2. Popov B, Popov S, 2012 Primenjena psihologija
3. Latovljev M, Nedic A, Popov S, 2015 Sindrom izgaranja kod zdravstvenih radnika i prosvetnih radnika
4. Mirjana Divac Jovanovic, Dragana Svrakic, 2015 Granicna licnost i njena razlicita lica
5. Chen Sm, Mc Murray, 2015 Burn-out in intenziv care nurses

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

Сцинтиграфија соматостатинских рецептора у дијагностици неуроендокриних тумора плућа

В. Игњатовић

Неуроендокрини тумори представљају хетерогену групу малигних болести које настају из неуроендокриних ћелија широм тела, најчешће су пореклом из плућа и гастроинтестиналног тракта. Неуроендокрини тумори плућа чине 25% свих неуроендокриних тумора. Подељени су на 4 подгрупе: типични карциноиди, атипични карциноиди, неуроендокрини карцином великих ћелија и микроцелуларни карцином. Главни симптоми, присутни код 60% пацијената су кашаљ, хемоптизије и опструктивна пнеумонија. Они такође могу имати различите симптоме зависно од врсте биолошки активне супстанце коју тумори продукују, нпр. карциноидни синдром. Неуроендокрини тумори експримирају велики број соматостатинских рецептора, што омогућава сцинтиграфску детекцију применом радиоактивно обележених аналога соматостатина. Такође, може помоћи у избору оптималног терапијског приступа код пацијената који имају нересектабилне туморе. Сцинтиграфија соматостатинских рецептора омогућава визуализацију примарног тумора и/или удаљених метастаза, планирање радионуклидне терапије и праћење ефеката терапије. Сцинтиграфија соматостатинских рецептора омогућава детекцију ресектабилних тумора који нису визуализовани радиолошким претрагама. Због хетерогености симптома који се често не препознају правовремено, потребан је мултидисциплинарни приступ у дијагностици, терапији и праћењу ефеката терапије код пацијената са неуроендокриним туморима.

Број речи: 164

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Hendifar AE, Marchevsky AM, Tuli R. Neuroendocrine Tumors of the Lung: Current Challenges and Advances in the Diagnosis and Management of Well-Differentiated Disease. *Journal of Thoracic Oncology* 2017; 12 (3): 425-436
2. Kuyumcu S, Adalet I, Sanli Y, Turkmen C, Ozkan ZG, Yilmazbayhan D. Somatostatin receptor scintigraphy with ¹¹¹In-octreotide in pulmonary carcinoid tumours correlated with pathological and ¹⁸F-FDG PET/CT findings. *Ann Nucl Med* 2012;26(9):689-97.
3. Callison JC, Walker RC, Massion PP. Somatostatin receptors in lung cancer: from function to molecular imaging and therapeutics. *Journal of lung cancer* 2011;10(2):69-76.
4. Krausz Y, Freedman N, Rubinstein R, Lavie E, Orevi M, Tshori S, Salmon A, Glaser B, Chisin R, Mishani E, J Gross D. ⁶⁸Ga-DOTA-NOC PET/CT imaging of neuroendocrine tumors: comparison with ¹¹¹In-DTPA-octreotide (OctreoScan®). *Mol Imaging Biol* 2011;13(3):583-593.
5. Namwongprom S1, Wong FC, Tateishi U, Kim EE, Boonyaprapa S. Correlation of chromogranin A levels and somatostatin receptor scintigraphy findings in the evaluation of metastases in carcinoid tumors. *Ann Nucl Med* 2008;22(4):237-43.

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

Дијагностика болести јетре

Љ. Савић

Јетра је са аспекта функције веома значајан орган, који заузима централно место у процесима синтезе, катаболизма и размене многих органских материја. Такође је веома значајна у процесима детоксикације. Улоге јетре могу се поделити ; 1) метаболичка 2) Екскреторна 3) детоксикациона 4) Улога у хематопоези и коагулацији .

Јетра има интензиван метаболизам и учествује у регулацији супстанци које су метаболички прекурсори или готови супстрати за периферна ткива а притом доводи до ослобађања топлотне енергије тако да узима учешће и у терморегулацији. Нарочито важна улога је синтеза и секреција жучи .Жуч је секрет који садржи билирубин, жучне киселине , холестерол, тешке метале, ензиме, лецитин и воду. Детоксикациона функција јетре је низ хемијских реакција у којима се токсична једињења разграђују, везују са хидросолубилним материјама или уграде у нетоксична једињења. Ову улогу остварује преко оксидације, редукције, хидролизе и коњугације .У коагулацији крви јетра има улогу у синнтези фактора коагулације али и антикоагуланса хепарина.

„Галактоза тест „ се користи за функционално испитивање јетре у конверзији галактозе у глукозу и он одражава капацитет јетре за елиминацијом тј. за искоришћавањем галактозе из крви. Адреналински тест се користи у дијагностици гликогеноза а заснива се на способности јетре да разгради гликоген. Мерење синтетске улоге је могуће мерењем синтезе албумина (нормална јетра дневно синтетиче око 10 грама а циротична око 4 грама). Полуживот албумина је око 22 дана и те се промене региструју код акутног и фулминантног хепатитиса али и код цирозе.

Ензимски тесови имају значајно место у испитивању функционалног стања јетре јер као резултат различитих типова оштећења јетре долази до изласка ензима и повећања њихове активности у крви. Ензими значајни за болести јетре су: Аланин аминотрансфераза (АЛТ), Аспартат аминотрансфераза (АСТ),Гама глутамил трансфераза (ГГТ), Алкална фосфатаза (АЛП), Глутамат дехидрогеназа (ГЛДХ), холинестераза.Трансаминазе АЛТ и АСТ су јако добри маркери целијског оштећења хепатоцита, опструктивну механичку жутицу прати повећана активност мембранских ензима АЛП;ГГТ. Метаболизам липида такође одражава степен оштећења јетре (декомпензована цироза јетре и малнутриција смањују ниво укупног холестерола док повећања нивоа холестерола може бити изоловано у случајевима наследних поремећаја у функцији ЛДЛ рецептора, али и придружено са повећањем триглицерида код наследних хиперлипопротеинемија.

Најзначајнији тестови у хематопоези су они који се односе на одр еђивање протромбинског времена и времена коагулације.Протромбинско време је тест коагулационе активности плазме који одражава активност витамин К зависних фактора коагулација који се синтетишу у јетри, од којих фактор VII има најкраћи полуживот (4-6) дана.Продужење протромбинског времена је рана слика акутног оштећења јетре.Уколико је функција јетре очувана протромбинско време се успоставља за 12сати.Најчешћа проба је тест на хипурну киселину, састоји се у способности јетре да коњугује бензоате са глицином, при чему настаје хипурна киселина, чија се концентрација користи.

Број речи: 436

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Koraćević D, Bjelaković G, Đorđević VB, Nikolić J, Pavlović DD, Kocić G. Biohemija (II izdanje). 2000. Savremena administracija a.d. Beograd.
2. Terziroli Beretta-Piccoli B, Mieli-Vergani G, Vergani D. Serology in autoimmune hepatitis: A clinical-practice approach. Eur J Intern Med. 2017 Oct 19. pii: S0953-6205(17)30414-4. doi: 10.1016/j.ejim.2017.10.006.
3. Song Y, Xu C, Kuroki H, Liao Y, Tsunoda M. Recent trends in analytical methods for the determination of amino acids in biological samples.J Pharm Biomed Anal.2017 Sep 6.pii: S0731-7085(17)31479-6. doi: 10.1016/j.jpba.2017.08.050.
4. Reichert MC, Hall RA, Krawczyk M, Lammert F. Genetic determinants of cholangiopathies: Molecular and systems genetics.Biochim Biophys Acta.2017 Jul 27.pii: S0925-4439(17)30261-2. doi: 10.1016/j.bbadis.2017.07.029.
5. Estcourt LJ, Malouf R, Hopewell S, Trivella M, Doree C, Stanworth SJ, Murphy MF. Pathogen-reduced platelets for the prevention of bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jul 30;7:CD009072. doi: 10.1002/14651858.CD009072. pub3
6. Gkamprela E, Deutsch M, Pectasides D. Iron deficiency anemia in chronic liver disease: etiopathogenesis, diagnosis and treatment. Ann Gastroenterol. 2017;30(4):405-413. doi: 10.20524/aog.2017.0152. Epub 2017 May 3
7. Czaja AJ, Carpenter HA. Autoimmune Hepatitis Overlap Syndromes and Liver Gastroenterol Clin North Am. 2017 Jun;46(2):345-364. doi: 10.1016/j.gtc.2017.01.008
8. Vitek L. Bilirubin and atherosclerotic diseases. Physiol Res. 2017 Apr 5;66(Supplementum 1):S11-S20

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

Остеопороза-патогенеза и дијагноза

Г. Бубања, В. Дукић,

Остеопороза је генерализовано обољење костију које се карактерише поремећеном чврстином кости услед чега расте предиспозиција за фрактуру.

Коштана чврстина подразумева квантитет (коштана маса –густина, величина костију) и квалитет кости (микроархитектура, минерализација матрикса, коштани метаболизам, оштечења трабекула и кортекса) . То је тиха и неприметна болест која се често препозна тек после првог прелома који може настати и при малој трауми. Најчешћи преломи су кичмених пршљенова , кука и дисталног дела подлактице.

Последице које прелом има у свери морбидитета, морталитета и трошкова лечења одредиле су да смањене инциденције прелома буде основни циљ коме су подређени превентивни, дијагностички и терапијски приступ остеопорози. Како је кост метаболички веома активан орган у коме постоји стална равнотежа између процеса разградње односно ресорпције, и процеса изградње нове кости односно ремоделирања, у основи остеопорозе је поремећај равнотеже у корист процеса разградње који је интезивнији од процеса стварања кости .

Након евалуације (процене) фактора ризика за настанак остеопорозе, према препорукама СЗО (Светске здравствене организације), треба урадити мерење коштане минералне густине (БМД – Боне Минерал Денситу) ДХА методом, која се базира на примени нискоенергетског X зрачења , које представља „ златни стандард“ у дијагностици остеопорозе. Мерење се врши на телима лумбалних пршљенова и врату фемура.

Резултати мерења БМД- коштане густине могу да се изразе као одступање (број стандардних девијација) од средње густине кости младих здравих особа (20-40 година) и то се зове Т-скор или као одступање од вредности која одговара истим годинама старости здравих особа и зове се Z- скор.

Постоји и ултразвучна денситометрија – брз, економичан метод без зрачења. Мерење се врши на петној кости. Ова метода се може користити као скрининг метода али није поуздана и прецизна као ДХА метода.

За сада не постоје лабораторијски тестови за дијагностику примарне остеопорозе, радиографија је од помоћи само при дијгностици одмакле остеопорозе.

Број речи: 306

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Nacional Osteoporosis Foundation (2012) National Osteoporosis Foundation Fast Facts. Washington DC >Nacional Osteoporosis Foundation
2. International Osteoporosis Foundation, Treatment of Osteoporosis, updated January 2011. Dostupno na <http://www.iofbonehealth.org/health-professionals/about-osteoporosis/treatment.html> (1.11.2011.)
3. Link, T.M. (2012.) Osteoporosis imaging: State of the art advanced imaging. *Radiology*, 263, 3-17
4. Effects of short-term aerobic exercise with and without external loading on bone metabolism and balance in postmenopausal women with osteoporosis T Roghani, G Torkaman, S Movassegh, M Hedayati... - *Rheumatology international*, 2013
5. Watts, N.B., Adler, R.A., Bilezikian, J.P., Drake, M.T., Eastell, R., Orowoll, E.S., & Finkelstein, J.S. (2012.) Osteoporosis in men: An endocrine society clinical guideline. *Journal of Clinical Endocrinology Metabolism*, 97, 1802-1822.

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

Ургентна стања у трудноћи

С.Влајовић, М.Ђоровић, С.Рибарић

Smrtnost trudnica u razvijenim zemljama je mala, 1:30000 porodjaja. U zbrinjavanju trudnice treba uzeti u obzir i majku i dete. Promena hormonskog statusa u trudnici dovodi do fizioloških promena. Dominantnu ulogu ima koncentracija progesterona koja utice na povećanje minutne ventilacije kao i potrebe za kiseonikom, ubrzanje srčane frekvence, povećanje udarnog i minutnog volumena. Gravidni uterus u ležećem položaju vrši pritisak na abdominalne i ilijačne krvne sudove što dovodi do smanjenja minutnog volumena i pada krvnog pritiska. Srčani zastoj u trudnoći može nastati najčešće usled bolesti srca, plućne embolije, hipertenzivnih poremećaja, psihijatrijskih poremećaja, sepse, krvavljenja, embolije amnionskom tečnošću, ektopične trudnoće kao i ostalih uzroka kao kod žena iste starosne dobi (trovanja, alergije...). Ključni postupci za prevenciju srčanog zastoja trudnice odnose se na standardni ABCDE pristup i pri tom zbrinjavati sve kritične parametre. Neophodno je što ranije uključiti ginekologa, akušera, neonatologa u zbrinjavanje. Trudnicu postaviti u levi lateralni položaj. Započeti neodložne osnovne i napredne mere CPR prema standardnim smernicama. Izvršiti ranu endotrahealnu intubaciju. Ukoliko je potrebno uraditi defibrilaciju standardnim dozama energije. Uргентна medikamentozna terapija prati uobičajene protokole. Srčani zastoj neodložno treba zbrinjavati kao i istovremeno ispravljanje reverzibilnih uzroka srčanog zastoja. Posebno voditi računa o specifičnim reverzibilnim uzrocima srčanog zastoja u trudnoći koji se odnose na krvarenja, predoziranje lekovima u trudnoći, bolesti kardiovaskularnog sistema, preeklampsija i eklampsija, embolija amnionskom tečnošću, plućna embolija. U prvih pet minuta srčanog zastoja treba razmotriti hitan porodjaj pri čemu je odlučujuća gestacijska starost što navodi o izgledima za resuscitaciju samo majke ili resuscitaciju i majke i deteta.

Ključne reči: srčani zastoj, trudnoća, resuscitacija

Број речи: 237

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Bouchama A, Knochel JP. Heart stroke. *N Engl J Med* 2002;346:1978-88
2. Deakin CD, Nolan JP, Soar J, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 4. Adult Advanced Life Support. *Resuscitation* 2010;81:1305-52
3. Dijkman A, Huisman CM, Smit M, et al. Cardiac arrest in pregnancy: increasing use of perimortem caesarean section due to emergency skills training? *BJOG* 2010;117:282-7
4. Katz V, Balderston K, DeFreest M. Perimortem cesarean delivery: were our assumptions correct? *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:1916-20; discussion 20-1
5. Lewis G. The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Saving Mothers Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer-2003-2005. The Seventh Report of the Confidential Enquiries into Maternal

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

Фактор ризика за гојазност деце

С. Глигоријевић

Гојазност је уједно фактор ризика за масовне незаразне болести али представља и хроничну болест. Сагледава се једноставно антропометријским мерењем телесне масе и висине, а израчунавањем телесне масе и висине, и израчунавањем боди мас индекса (БМИ). Упоредивањем нађене вредности БМИ са прописаним интервалским вредностима, одређује се стање ухрањености. Током систематских прегледа деце у Србији, ухрањеност се и даље оцењује описно, иако се врше антропометриска мерења . На тај начин је отежана дијагностика гојазности међу децом а самим тим и правовремено реаговање на спречавање њеног даљег развоја са озбиљним последицама по здравље.

Широм света забележен је пораст преваленције гојазности код деце. У нашој земљи у последњих 20 година проценат гојазне деце порастао је за 60 %. Свако треће школско дете је гојазно а из године у годину тај проценат се повећава. Идентификацијом и контролом фактора ризика, за гојазност, остварила би се превенција бројних хроничних болести. Епидемиолошка истраживања идентификовала су факторе ризика за настанак гојазности у дечјем узрасту, који се могу сврстати у три велике групе: демографски, навике у вези са физичком активношћу, навика у вези са исхраном. Посебно је значајна чињеница да се ради о факторима које је могуће модификовати и за шест година, по проценама стручњака, је могуће зауставити негативне трендове.

Неопходно је деловати да деца стекну здраве навужјжике. Увођење здравственог васпитања као обавезног предмета би то омогућило. Потребна је интервенција на нивоу целокупне друштвене заједнице како би се омогућила едукација наставника, родитеља и деце о здравим животним навикама уз доступност садржаја за физичку активност као редовни контакти са медицинским стручњацима.

Полазницима предавање биће припремљен едукативни материјал који ће моћи да примене у свакодневном раду у вртићима/предшколским установама/школским кухињама, како би дали свој допринос у развијању културе исхране. Материјал је примењен у истраживању фактора ризика за гојазност на узорку од 1500 нишке школске деце узраста 9 година.

Број речи: 298

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Reeves GK, et al. Cancer incidence and mortality in relation to body mass index in the Million Women Study: cohort study. *BMJ* 2007;335:1134
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2099519/>
2. Weiderpass E, Braaten T, Magnusson C, et al. A prospective study of body size in different periods of life and risk of premenopausal breast cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2004;13:1121.
3. Ahn J, Schatzkin A, Lacey JV, et al. Adiposity, adult weight change, and postmenopausal breast cancer risk. *Arch Intern Med.*2007;167:2091–102.
4. Santen RJ, et al. Critical assessment of new risk factors for breast cancer: considerations for development of an improved risk prediction model. *Endocr Relat Cancer* 2007;14:169-87.
5. McTiernan A, et al. Relation of BMI and physical activity to sex hormones in postmenopausal women. *Obesity (Silver Spring)* 2006;14:1662-77.
6. Christou NV, et al. Bariatric surgery reduces cancer risk in morbidly obese patients. *Surg Obes Relat Dis* 2008;4:691-5.

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

Рационална примена ултразвука у гинекологији и акушерству

М.Варјачић, С.Петровић

Мало је видова физичке енергије који су за тако кратко време нашли тако широку примену у медицини, као што је то било са применом ултразвука (УЗ) у гинекологији и акушерству. Од Galtonove пиштаљке 1880. године, преко открића пиезоелектричног ефекта браће Сиги и примене УЗ у цивилној и војној индустрији, прва примена УЗ у обстетрицији забележена је 1956. године, а прва мерења феталне главице учињена су 1958.године (Ian Donalds).Од тада нова метода се развија крупним корацима . 1963 године почиње серијска производња комерцијалних апарата, а 1970. године појављују се апарати са сликом у реалном времену,1980.године Doppler UZ, а последње деценије прошлог века 3D и 4D УЗ (1).Ултрасонографија као неинвазивна дијагностичка метода која користи ултразвучне таласе фреквенце 3 и 10 MHz, је веома брзим развојем и доступношћу прешла у стадијум дифузије (обавља се у готово у свим нивоима здравствене заштите чиме се губи могућност контроле и обуке, а самим тим настаје и више компликација). Са све већом применом много се говорило о биолошком дејству ултразвука на ћелије и ткива, али ни до данас оно није ни потврђено ни оповргнуто, а може зависити од интензитета (просечних и највиших), времена експозиције и волумена експозиције (2). У гинекологији и акушерству ова метода је постала неопходна и суверена у неким патолошким стањима: дијагностици тумора, постављању дијагноза раног гравидитета, одређивању меких и тврдых маркера хромозомопатија, дијагностици аномалија фетуса и предвиђању постанаталног ризика, као и одређивању интраутериног стања плода, симетрији или асиметрији његовог раста и степена интраутерине хипоксије и степена асфиксије(3). На овај начин се први пут успоставља визуелни контакт мајке и фетуса, а ефекти тог контакта могу бити позитивни и негативни, што зависи од тога да ли је налаз уредан или постоји суња на аномалију. У свету постоје значајне разлике о броју потребних УЗ прегледа у трудноћи, да ли треба опсервирати целу популацију трудница или само оне са постојећим ризицима и то се најчешће аргументује ценом. Заблуде у тумачењу УЗ налаз могу бити субјективне и објективне (4). Последњих година много се говори о етичким принципима ових прегледа фетуса (фотографија, CD) и постављају се многа питања о ометању феталне приватности, изложености жене јавним прегледима као и о феталној отуђености. Свакако је неопходно придржавати се индикација, „листе провере“ као и броја, врсте и трајања УЗ прегледа(5). Потребна је стална едукација, рад у оквиру специјалних конзилијума, корекција већ прихваћених ставова и увек сагледавање свих релевантних чињеница при доношењу одлука. УЗ је веома важна скрининг, дијагностичка и терапијска метода у гинекологији и акушерству, али као део мултидисциплинарне опсервације сваког појединачног случаја.

Број речи: 415

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Пилић Ж., Станковић А.: Ултразвук у гинекологији. Медицинска књига Београд – Загреб, 1991.
2. Ishan Kumar: Evolution of Obstetrics Sonography. Clin Radiol Imaging J, 2017, 1(1);000101.
3. Kurjak Asim., Chervenak A Frank: Donald School Textbook of Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. Jaypee Brothers Medical Publishers (P)LTD New Delhi, 2014
4. Abramowicz SJ: Benefits and risks of ultrasound in pregnancy. Seminar in perinatology 37(2013) 295-300. <http://doi.org/10.1053/j.semperi.2013.06.004>.
5. Creasy and Resnik: Maternal – Fetal Medicine. 2014 (seventh edition) ISBN:978-1-4557-1137-6.

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

Имунизација на територији Р. Бугарске

Т. С. Попова

In recent years, the characteristics of patients entering treatment in the surgical and therapeutic departments of hospitals have radically changed. With increasing life expectancy and aging populations, elderly patients with predominant cardiovascular or oncologic concomitant illnesses are receiving treatment. The same patients undergo complex therapeutic or surgical interventions, sometimes requiring prolonged hospital stay and prolonged bed immobilisation. All of this increases the risk of deep vein thrombosis and subsequent pulmonary or peripheral thromboembolism. Caution and adequate hospital and non-hospital prophylaxis of these complications is necessary.

There is no accurate registry in Bulgaria for cases of deep vein thrombosis (DVT). The fact is that a large percentage of cases are missed by clinicians and are only found pathologically. Health care professionals are an integral part of the treating team of patients in outpatient or stationary settings. Knowing the major risk factors for DVT, as well as the basic principles in their diagnosis, treatment and prevention, will increase the opportunity for timely recognition and treatment of these complications and will improve the prognosis of patients. This in turn will improve the quality of healthcare offered.

Key words: healthcare professionals, DVT, treatment, prevention.

Број речи: 193

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Танчева, Д. Дисертационен труд «Съвременни подходи и протоколи при интензивното лечение на обширните изгаряния», С., 2008
2. Чанева Г.; И. Стамболова, М.Димитрова, П.Бикова, А. Терзиева, Н.Василева, М. Георгиева, Изработване на стандартни планове за сестрински грижи; С., 2011
3. Хаджийски, О. Изгаряния и измръзвания. Ръководство по хирургия с атлас, т. 7, Академично издателство „проф. Марин Дринов”, С., 2008
4. Ahrns-Klas K. Burns. In: Sole M, Klein D, Moseley M, editors. Introduction to Critical Care Nursing. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2009. pp. 682–728.
5. Alice Henschke a,*, Richard Lee b,c,1, Anthony Delaney b,c,. Intensive Care Unit, Royal Prince Alfred Hospital, Camperdown, NSW 2050, Australia b Malcolm Fisher Department of Intensive Care Medicine, Royal North Shore Hospital, St Leonards, NSW 2065, Australia c Northern Clinical School, Sydney Medical School, University of Sydney, Sydney, Australia. Burns management in ICU: Quality of the evidence A systematic review.2016

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

Новине у кардиопулмоналној реанимацији деце

З.Петровић, А.Стоилковић, А.Вуковић,

Циљ едукације је стећи знања о променама у новим водичима у кардиопулмоналној реанимацији деце.

Циљ едукације је стећи знања која се односе на препознавање срчаног застоја.

Циљ едукације је спречити или минимизирати оштећења у спровођењу кардиопулмоналне реанимације деце

Измене у упутствима која се односе на реанимацију деце и новорођенчади проистекле су из нових научних доказа, потребе за лакшим усвајањем и одржавањем усвојеног знања као и неопходности поједностављање и успешне примене. Утврђено је да се великом броју деце у ванхоспиталним условима не пружи адекватна реанимација управо из страха спасилаца да својим не погоршају стање детета. Овај страх је последица непознавања специфичних анатомских, физиолошких и патофизиолошких карактеристика деце као и етиолошких разлика у погледу настанка срчаног застоја. Код одраслих, срчани застој је најчешћеузрокован примарним обољењем срца и претежно се манифестује вентрикуларном фибрилацијом. За разлику од одраслих, код деце се најчешће ради о секундарном срчаном застоју који је узрокован респираторбом или циркулаторном инсуфицијенцијом која преко хипоксије/исхемије миокардаводи до асистолије. Америчко кардиолошко удружење (American Heart Association- АНА) 2010.годинедоноси нове препоруке за кардиопулмоналну реанимацију и ургентну кардиоваскуларну терапију, исте године Европски савет за реанимацију деце (European Resuscitation Council-ERC) објављује нове смернице у реанимацији деце и новорођенчади. Америчка педијатријска академија (AAP) у сарадњи са АНА 2011.објављује 6.издање упутстава из неонаталне реанимације (Neonatal Resuscitation Program - NPR 6 th edition). Основне промене у новим водичима у кардиопулмоналној реанимацији деце односе се на препознавање срчаног застоја, однос броја компресија и вентилација, квалитет компресија, примену дефибрилатора, одржавање дисајног пута и начин примене лекова. Најбитније нове врпце и примену кисеоника. Фебруар 2015.године на консензус конференцији одржаној у Даласу донете су најновије препоруке за ЦПР које у суштини нису велике у односу на претходне.

Број речи: 279

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. "Manual of STEMI interventions", Sameer Mehta, John Wiley & Sons, 2017
2. "Effects of regional analgesia on stress responses to pediatric surgery", Wolf AR, *Pediatr Anesth*, 2012.
3. "Toxicity of local anesthetic drugs, a pediatric perspective", Lonnqvist PA, *Pediatr Anesth*, 2012.
4. "Ургентна терапија у педијатрији" , Драгослав Максимовић, издавач ГРАФОС, 2013
5. "Новине у дечијој анестезиологији" , др Душица Симић и сарадници, 2012.

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

**ЗАГАЂЕЊЕ СРЕДИНЕ ОКО ТЕРМОЕЛЕКТРАНЕ КОСТОЛАЦ И ЗДРАВЉЕ
ДЕЦЕ ПРЕДШКОЛСКОГ УЗРАСТА**

М.Нешковић, Т.Антић

Термоенергетски објекти у градовима су значајни извори аерозагађења, који могу бити фактор ризика за обољевање становништва од болести респираторних органа. Студије указују да загађујуће материје из ваздуха посебно неповољно утичу на респираторни систем најмлађе популације. Главни циљ истраживања је да се утврди да ли постоји повезаност између аерозагађења околине термоелектране Костолац и здравља деце. Метод. Спроведена су мерења концентрација сумпордиоксида, чађи и таложних материја у ваздуху. Истраживање морбидитета деце спроведено је методом ретроспективне шестомесечне лонгитудиналне кохортне студије у којој је учествовало 446 деце из два вртића: 230 деце из обданишта „Мајски цвет“ из Костолаца (изложени аерозагађењу) и 213 деце из вртића „Бамби“ из Пожаревца (контролна група). Подаци о обољевању деце добијени су из здравствених оправдања о разлозима одсуствовања деце због болести. Резултати. Истраживањем је утврђено да су у области са већим концентрацијама сумпордиоксида, чађи и таложних материја у ваздуху стопе инциденције респираторних болести и бронхитиса код деце биле за 23 %, односно за 42 % више него у контролној зони. Закључак. Наша студија је показала да оболевање од респираторних болести, а бронхитиса посебно, код предшколске деце може бити повезано са повишеним концентрацијама сумпордиоксида, чађи и таложних материја у ваздуху.

Кључне речи: термоелектране, аерозагађење, респираторне болести, деца, предшколска, превенција

Број речи: 205

**НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА
НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

1. Jordan L, Malerich S, Moon S, Spencer J. Review and assessment of global and domestic ultraviolet light protection programs. *J Drugs Dermatol.* 2014;13(9):1099-103.
2. Fernández-García E Skin protection against UV light by dietary antioxidants. *Food Funct.* 2014;5(9):1994-2003.
3. Moshhammer H, Simic S, Haluza D. UV "Indices"-What Do They Indicate? *Int J Environ Res Public Health.* 2016;13(10). pii: E1041.
4. Sánchez G, Nova J, Rodriguez-Hernandez AE, Medina RD, Solorzano-Restrepo C, Gonzalez J, Olmos M, Godfrey K, Arevalo-Rodriguez I. Sun protection for preventing basal cell and squamous cell skin cancers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;7:CD011161.
5. Puzovic M. Rad na otvorenom, štetnosti od UV zračenja. *Svet rada* 2015; 12(6):549-663.

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

Резултати от проведено национално проучване на нивата на радон в жилишни сгради в Република България

И.К.Тасев

Радонът е естествен източник на йонизиращо лъчение и има най-голям принос за вътрешното облъчване на населението на Земята.

Облъчването на населението от радон се посочва като втора по важност причина за белодробен рак след тютюнопушенето, а за хора които никога не са пушили тя е номер едно.

Данните от проведените изследвания до момента идентифицират необходимостта от провеждане на по-задълбочени проучвания за нивата на радон, както и предприемане на мерки за намаляване на нивата на радон в сградите.

През периода 2014-2016 г. беше проведено представително национално проучване на нивата на радон в жилишни сгради на територията на цялата страна, резултатите от които поставят началото на база данни за страната и възможност за изработване на радонова карта на Република България.

Број речи: 120

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Национална програма за намаляване въздействието на радон в сгради върху здравето на българското население 2013-2017 г.
2. Процедура за провеждане на национално представително проучване за нивата на радон в сгради, Министерство на здравеопазването;
3. Наредба за основните норми за радиационна защита;
4. WHO Handbook on Indoor Radon: A Public Health Perspective, 2009;
5. IAEA Safety Standards Series No. GSR Part 3;
6. Radon in civil engineering – building code, building standards, guidelines for building professionals, Olli Holmgren, STUK- Finland;
7. Radon action plan Requirements on education of professionals, Olli Holmgren, STUK- Finland;
8. Establishing Enhanced Approaches to the Control of Public Exposure to Radon, IAEA;
9. Protection of the Public against Exposure Indoors due to Radon and Other Natural Sources of Radiation, Specific Safety Guideq IAEA, 2015, No. SSG-32;
10. IAEA TC Project RER9127/04Workshop, Sofia, 25-26 January 2016, Advice on measures to reduce radon levels in buildings, IAEA;

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

Активизација- улога физиотерапеута

Ј.Стојадиновић, А.Радивојевић,

Цереброваскуларни инсулт (CVI), у народу познато као мождани удар је тешка болест. Најчешћи узрок оштећења и појаве симптоматологије одузетости једне половине тела је васкуларне генезе. Поред поремећаја моторике долази до поремећаја и: понашања, оштећење сензибилитета и перцепције, поремећај говора, психичке промене.

Раније се сматрало да након цереброваскуларног инсульта све оно што је оштећено то је и дефинитивно и да се једино опорављају функције мозга које су због едема функционално биле изгубљене.

Данас се сматра да постоји процес регенерације и реструктурирања централног нервног система кроз гранање дендритских влакана и да се ово реструктурирање завршава тек након две године.

У последњих неколико година знања из патофизиологије су омогућила да се сагледа комплетнији проблем васкуларних, целуларних и молекуларних промена код CVI. Основна тачка разматрања је појам пенумбре. Пенумбра је регион у зони ледираног крвног суда где су неурони функционално оштећени, али су њихове структуре и базичне функције још увек очуване.

„Stroke Units“ су специјализоване клиничке јединице. Основни циљ „Stroke Units“ је оптимализација ургентног менаџмента; брза дијагностика у року од једног сата од пријема пацијента, разјашњење етиопатогенезе можданог инфаркта и рани почетак терапијских поступака.

Рехабилитација болесника после можданог удара треба да почне што је могуће раније, јер она може значајно да допринесе опоравку. План кинезитерапије се усмерава на обрасце положаја и покрета код пацијената са хемиплегијом, а ти обрасци су малобројни и стереотипни.

Циљ рада физиотерапеута је активирање што већег броја моторичких образаца и мењање већ присутних абнормалних моторичких образаца. У том циљу физиотерапеут користи рефлексно инхибирајуће положаје и кључне тачке контроле.

Задаци рада физиотерапеута се огледају у инхибицији абнормалних рефлексних активности уз активацију самог пацијента. Физиотерапеут користи кључне тачке за корекцију абнормалних и стварање нормалних моторичких образаца, те пасивно или стимулативно изводи покрет у различитим позицијама како би пацијент имао осећај покрета приближно нормалним.

Број речи: 292

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Вељковић М. Медицинска пехабилитација, Медицински факултет универзитета у Крагујевцу, Крагујевац 2014. године.
2. Јевтић Р. Милорад, Клиничка кинезитерапија, Медицински факултет универзитета у Крагујевцу, Крагујевац 2016. године.
3. Министарство здравља Србије, Акутни мождани удар, Републичка стручна комисија за израду и имплементацију водича у клиничкој пракси, Београд 2014. година.
4. Министарство здравља Црне Горе, Акутни исхемијски мождани удар, Националне смјернице добре клиничке праксе, Подгорица 2012. године.
5. Николић Д. Кинезитерапија, Висока медицинска школа у Ћуприји, Ћуприја 2012 године.
6. Костић С. Владимир и сарадници, Неурологија за студенте медицине, Медицински факултет универзитета у Београду, Београд 2009. година.

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

Ретке болести у фонијатрији

Ј.Стојановић , Д.Радосављевић,

Туберкулоза ларинкса је пре употребе туберкулостатика представљала озбиљно и веома тешко обољење. Јављала се у 30% случајева плућне туберкулозе.

Данас се тај број смањио на 1-3%. Најчешће оболевају мушкарци између 20. и 40. године старости.

Laryngitis tuberculosa infiltrativa et ulcerosa – најчешћа форма туберкулозе гркљана. Најпре се јављају субмукозни инфилтрати, који понекад личе на туморе (псеудотумори) чијим казеификовањем настају улцерације око којих се ствара гранулацијско ткиво.

Примарна туберкулоза ларинкса аерогеном инфекцијом практично не постоји. Она је скоро увек секундарна и настаје инокулацијом инфекције из спутума, хематогеним или веома ретко лимфогеним путем

арингеална манифестација Форестиерове болести

У Клинику за оториноларингологију КЦ Крагујевац упућен је 69-годишњи мушкарац због промуклости, дисфагије и отежаног дисања при напору.

Клиничким прегледом, фиберендоскопијом и ендовидеостробоскопијом ларинкса установљено да је десна половина ларинкса непокретна, а лева половина ларинкса добро покретна, читав ларинкс торквиран у десну страну. Дисајни простор редукован . При форсираном инспиријуму присутан је стридор. Биохемијски преглед крви показао је да су сви параметри у границама референтних вредности.

Оба приказа случаја биће документована видео филмом.

Број речи: 164

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Rout MR et al. Tuberculosis of larynx: a case report. Indian J Tuberc. (2012)
2. Budu VA et al. A rare case of concomitant tuberculosis of the nose, paranasal sinuses and larynx: clinical, histological and immunohistochemical aspects. A case report. Budu VA et al.
3. Stojanovic J, Zivanovic S, Sreckovic S, Jovanovic S, Belic B, Simovic S. Laryngeal Manifestation of Forestier's Disease. Open Access Maced J Med Sci. 2016 Jun 15;4(2):287-9. om J Morphol Embryol. (2015).
4. Papakostas K, Thakar A, Nandapalan V, O'Sullivan G. An unusual case of stridor due to osteophytes of the cervical spine: (Forestier's disease).
5. J Laryngol Otol. 1999 Jan;113(1):65-7. Review.

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

Болести јетре и стоматолошки третман

И.Глишић,М.Јанковић,

Јетра (грч. хепар) је, после коже, највећи орган у људском телу. Смештена је у трбушној дупљи, са десне стране, непосредно испод ребарног лука. То је мекан, смеђецрвени орган клинастог облика, обложен чврстом, нееластичном опном. Тешка је око 1.500 гр. Богато је прокрвљена. Укупна количина крви која у једном минуту протекне кроз јетру износи близу 1.500 мл.

Особе обољеле од вирусног хепатитиса Б и Ц припадају категорији тешких болесника, самим тим и групи ризичних пацијената у стоматологији. Стоматолог је у извесним случајевима у прилици да може посумњати да пред собом има пацијента оболелог од вирусног хепатитиса, на шта га упућују симптоми: жута слузокожа уста, посебно непца и предео испод језика, честа крварења из оралне слузокоже и десни као и жуте беоњаче. За стоматолошку, посебну оралнохируршку праксу веома је значајно да су особе са овом врстом обољења склоне упорном и дуготрајном крварењу, нетолерантне на одређене лекове и могући носиоци вирусних инфекција.

Тежина болести, такође, у одређеним ситуацијама намеће стоматологу потребу да прије одлуке о спровођењу „крваве” интервенције или примене одређених медикамената, обавезно, консултује лекара који лечи основну болест пацијента.

Број речи: 185

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Јевтовић Ђ, Инфекција вирусом хумане имунодефицијенције (ХИВ) и синдром стечене имунодефицијенције (АИДС), У: Божић М. и сарадници, Инфективне болести, Београд, СІВІD, 2004: 247-69.
2. Беговац Ј., Инфекција вирусом хумане имунодефицијенције. У: Беговац Ј. и сарадници, Инфектологија, Загреб, Profil international, 2006: 338-85.
3. Божић М., Хепатитис Б. У: Делић Д. и сарадници, Вирусни хепатитиси, Београд, Завод за уџбенике и наставна средства, 1998: 43-147.
4. Николић П., Хепатитис Ц. У: Делић Д. и сарадници, Вирусни хепатитиси, Београд, Завод за уџбенике и наставна средства, 1998: 148-203.
5. Lukehart SA, Holmes KK, Сифилис. У: ИванчевићЖ. и сарадници, Harrison принципи интерне медицине, Првохрватско издање, Загреб, Placebo д.о.о., 1997: 636-44

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

Општи дијагностички критеријуми болести у вези са радом

С.Лукић, С.Миленковић,

Овим радом покушавам да дам одговор шта су болести у вези са радом и одговорим на следећа питања ; Шта су болести у вези с радом у медицинском, а шта у законском смислу, како су дефинисане код нас и како су дефинисане у свету, каква је њихова етиопатогенеза,

како се дијагностикују болести у вези с радом и ко их дијагностикује и како се дијагностикују болести у вези с радом и ко их дијагностикује? То су болести које је навела Експертска група СЗО 1983. године као »болести у вези с радом од јавног здравственог значаја«, а то су: бихевиоралне реакције и психосоматске болести; хипертензија; исхемијска болест срца; хронична неспецифична респираторна болести и локомоторни поремећаји.

Вештачења нематеријалне штете (и материјалне) у случајевима болести у вези с радом у нашој земљи налазе се на почетку и сусрећу се са озбиљним тешкоћама. Оне произилазе из непостојања законских дефиниција болести (иако се у законима спомињу) због непостојања »утврђених« листа болести у вези с радом, због тешкоћа у »дефинисању случаја у вези с радом«, због недостатка квалитетних епидемиолошких студија у нашој земљи које би омогућиле израчунавање етиолошке фракције и утврђивање степена »повезаности с радом

Број речи: 190

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. STRATEGIC AND KNOWLEDGE MANAGEMENT IN HEALTHCARE ORGANIZATIONS. Research in Physical Education, Sport & Health .2015, Vol. 4 Issue 2, p129-134. 6p. Manev, Gjorgji Volume 95, Issue 889 (Violence against health care Part I: The problem and the law) March 2013 , pp. 189-213

2. Medical ethics in peacetime and wartime: the case for a better understanding Published online: 07 May 2014 British Medical Association (BMA), Medical Ethics Today: the BMA's Handbook of Ethics and Law, 3rd edition, BMJ Books, London, February 2012 Google Scholar Google Scholar

3. HEAVY METALS CONCENTRATION IN GROUNDWATER IN ONITSHA, ANAMBRA STATE. Journal of Global Intelligence & Policy . Spring 2013, Vol. 6 Issue 10, p68-73. 6p. Ibezue, Victoria C.; Anthony, Maduabum; Daniel, Ozoko

4. Učestalost nastanka profesionalnih bolesti u Primorsko-goranskoj županiji u usporedbi s Istarskom županijom Mia Grković (2015), Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet

KATEDRA ZA SOCIJALNU MEDICINU I ORGANIZACIJU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

5. Length of Disability and Medical Costs in Low Back Pain: Do State Workers' Compensation Policies Make a Difference? Shraim, Mujahed MPH, PhD; Cifuentes, Manuel MD, MPH, ScD; Willetts, Joanna L. MS; Marucci-Wellman, Helen R. ScD; Pransky, Glenn MD, MOCCH Journal of Occupational and Environmental Medicine: December 2015 - Volume 57 - Issue 12 - p 1275-1283

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

КОЛОРЕКТАЛНИ КАРЦИНОМ- ФАКТОРИ РИЗИКА и ПРЕВЕНЦИЈА

Д.Лазих

Колоректални карцином, на глобалном нивоу, је трећи најчешће дијагностиковани рак у мушкој (иза рака плућа и рака простате) и други по учесталости у женској популацији (иза рака дојке), са процењених 1,4 милиона нових случајева и скоро 700.000 смртних исхода у 2012. години. Према подацима из базе "Глобцана" за 2012. годину, рак колоректума у Србији је други водећи узрок оболевања у мушкој популацији (иза рака плућа) и женској (иза рака дојке). У истој години у нашој земљи је забележено 5513 нових случајева колоректалног карцинома, а број умрлих је процењен на 3135 што представља 12,1% од укупног броја смртних случајева узрокованих раком.

У факторе ризика за настајање рака колоректума спадају сви они који повећавају шансе за настанак болести. Неки фактори ризика, попут пушења, су подложни промени, међутим други, попут старосне доби или позитивне породичне анамнезе, се не могу мењати. Перзистентни фактори ризика не значе сигурну болест. Напротив, неке особе оболевају од рака колоректума, а немају доказане факторе ризика. Дугогодишња испитивања и бројне студије указују на неколико фактора ризика који могу повећати шансу за развој колоректалних полипа и/или колоректалног карцинома.

Непроменљиви фактори попут узраста, расне и етничке припадности, те лична анамнеза за полипозу, рак колоректума и инфламаторне болести дебелог црева доказано повећавају ризик од оболевања. Такође, наследни фактори се не могу занемарити. Особе чији првостепени сродници болују или су боловали од колоректалног карцинома имају 2–3 пута већи ризик да оболе од исте болести, и 3–6 пута већи ризик од оболевања ако је код првостепеног сродника рак колоректума дијагностикован у млађим годинама. Већи ризик за рак колоректума имају и особе са наследним синдромима. Два кључна наследна синдрома су породична аденоматозна полипоза (ФАП) и Линч синдром или наследни неполипозни колоректални канцер (НН КК).

Не постоји сигуран начин да се колоректални карцином спречи. Међутим, постоје ствари које се могу учинити у циљу смањења ризика од оболевања. То се првенствено односи на промену фактора ризика који се могу контролисати. Неколико фактора повезаних са стилем и начином живота доказано повећавају ризик од колоректалног карцинома. Постоји довољан ниво доказа да прекомерна телесна тежина и изражена абдоминална гојазност, физичка неактивност, исхрана богата црвеним месом и прерађевинама од меса, дугогодишње пушење цигарета и екстензивна конзумација алкохолних пића повећавају ризик од колоректалног карцинома.

Промена стила живота и скрининг колоректалног карцинома, поготово у делу популације с јако позитивном породичном анамнезом, могу допринети мањој учесталости оболевања од колоректалног рака, односно раном дијагностиковању болести и правовременом започињању специфичних мера лечења.

Број речи: 419

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Torre LA, Bray F, Sigel RL, et al. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin.* 2015. 65:87.
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. GLOBOCAN 2012. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [online]. International Agency for Research on Cancer, Lyon (France) 2013. Available from WWW: <http://globocan.iarc.fr>
3. Burt RW. Colon cancer screening. *Gastroenterology.* 2000;119(3): 837-53.
4. Sieber OM, Lamlum H, Crabtree MD, et al. Whole-gene APC deletions cause classical familial adenomatous polyposis, but not attenuated polyposis or "multiple" colorectal adenomas. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2002; 99 (5): 2954-8.
5. Calle EE, Rodriguez C, Walker-Thurmond K, et al.: Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. *N Engl J Med,* 2003; 348 (17): 1625-38.
6. Wolin KY, Yan Y, Colditz GA, et al. Physical activity and colon cancer prevention: a meta-analysis. *Br J Cancer,* 2009; 100 (4): 611-6.
7. Williams CD, Satia JA, Adair LS, et al. Associations of Red Meat, Fat, and Protein Intake With Distal Colorectal Cancer Risk. *Nutrition and cancer.* 2010; 62(6):701-9.
8. Botteri E, Iodice S, Bagnardi V, et al.: Smoking and colorectal cancer: a meta-analysis. *JAMA,* 2008; 300 (23): 2765-78.
9. Fedirko V, Tramacere I, Bagnardi V et al. Alcohol drinking and colorectal cancer risk: an overall and dose-response meta-analysis of published studies. *Annals of Oncology,* 2011; 22(9): 1958-72.

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

Савремена методологија за примену неге у третману термалне трауме

А.Н.Димитрова

Глобални развој здравствене заштите ставља високе захтеве на професионализам медицинских сестара као кључни фактор у побољшању квалитета медицинске заштите. На много начина, савремена методологија за примену медицинске неге користи теорију, медицинску процјену и клиничко искуство. Термална траума је сложена болест са низом локалних и општих манифестација које се јављају када тело контактира тело са термичким средством. Озбиљност стања одређује утицај одређеног броја фактора који одређују његов третман. Процес неге који се користи за лечење термалне трауме је динамичан и интерактиван, континуирани циклус логичке прогресије од једног до другог корака. Примена научног приступа у медицинској пракси доприноси прикупљању потребних информација за пацијента и кроз одговарајуће интервенције се обрађује и прецизира. Дијагноза проблема представља заједничку основу за имплементацију адекватних и висококвалитетних интервентних интервенција које задовољавају индивидуалне потребе и бригу пацијената са овом врстом трауме. Стандардни програми неге доприносе бољем организовању и правовременом деловању медицинских сестара у бригу о пацијенту. Како би осигурали квалитет неге и бољу сатисфакцију пацијената, медицинске сестре треба обучити како би примијенили процес неге у здравственим установама.

Кључне речи: термална траума, методологија, процес неге, интервенције.

Број речи: 182

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Димитрова, А., Т. Попова, Д. Благоева, М. Илиева. Сестрински грижи в процеса на интензивно лечение. Тридесет и осма научно-технологична сесия. Контакт 2016, изд. ТЕМТО. Гражданска идеја в действие. София. Сборник статии.
2. Маркова. Ст., И. Стамболова, Г. Чанева, и колектив. Учебно помагало. Семейна медицинска сестра. БЧК, С., 2011
3. Чанева Г.; И. Стамболова, М. Димитрова, П. Бикова, А. Терзиева, Н. Василева, М. Георгиева, Изработване на стандартни планове за сестрински грижи; С., 2011
4. Хаджийски, О. Изгаряния и измръзвания. Ръководство по хирургия с атлас, т. 7, Академично издателство „проф. Марин Дринов“, С., 2008
5. Ahrns-Klas K. Burns. In: Sole M, Klein D, Moseley M, editors. Introduction to Critical Care Nursing. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2009. pp. 682–728.
6. Alice Henschke a,*, Richard Lee b,c,1, Anthony Delaney b,c,. Intensive Care Unit, Royal Prince Alfred Hospital, Camperdown, NSW 2050, Australia b Malcolm Fisher Department of Intensive Care Medicine

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

**ВАЖНОСТ КОМУНИКАЦИЈЕ У РАДУ МЕДИЦИНСКА СЕСТРА -
ТЕХНИЧАР,ЛЕКАР ,ПАЦИЈЕНТ**

Д.Стаменковић

Бити концентрисан на друге значи ,пре свега,бити способан слушати.

Док је човек здрав,премало или никако не размишља о вредности здравља,изузетак су, наравно,професионалци посебно они који су свакога дана уз пацијенте,као што су медицинске сестре-техничари.Много тога се променило у начину комуникације међу људима,захваљујући великим научним и технолошким достигнућима.

Може се слободно рећи да је дошло до промене у култури комуникације,која је својствена свакој друштвеној средини и која је саставни део опште културе.

Културне навике стичемо одгојем,у првом реду породичним али и школским а значајну улогу има и шира друштвена околина.У данашње време средства јавног информисања изразито утичу на обликовање културе а посебно комуникације.Под културом у ужем смислу сматра се у првом реду љубазност,узајамно помагање,пристојност у међуљудским односима што се може назвати бонтон.

И у здравству се осећа промена културе комуникације. Није посреди само однос здравственог особља према болесницима него и узајамна комуникација особља у свакодневном раду.Успех у лечењу везан је у доброј комуникацији унутар здравственог тима.

Сестринство се све више почиње схватати као дисциплина која има препознатљив програм деловања и која је независна од других дисциплина у саставу здравствене заштите.

Неки га схватају као занимање,неки као научну дисциплину а неки кажу да је то професија која ће напослетку добити свој легитимни статус.За оне који прате сестринство и његов развој током 20 века ,напори да се сестринство обогати сазнањем из других научних дисциплина само су логичан наставак развоја саме медицине и самог процеса здравствене заштите.

Бити медицинска сестра је јединствен позив који тражи оно најлепше у људском бићу,хуманост и преданост позиву.

У комуникацију у здравству спада и међусобна комуникација здравственог особља.На данашњем степену развоја медицинске струке по правилу сам здравствени радник не решава здравствени проблем појединог болесника.Реч је дакле о тимском раду.

Поставља се питање ,шта се може учинити на побољшању културе комуникације у здравству.Одговор није једноставан, али не смемо бити песимисти.Ако се ништа не предузме,појавиће се нови проблеми и потешкоће у здравственој заштити,која је утемељена на односу :лекар-остало медицинско особље –пацијент.

Без потребне комуникације култура лечења сесводи на техничку и администрацију,а то није довољно за помоћ болесном човеку.

Сестре морају и јесу посредници између лекара и пацијената.

Комуникације у сестринству укључују вербалну и невербалну комуникацију.

Циљ комуникације у сестринству укључује успостављање односа сестра –пацијент

Сестринство је по својој природи засновано на сарадњи у циљу да пружи адекватан третман и медицинску потпору. Ефикасна способност комуницирања у сестринству ствара висок ниво задовољства корисника јер спречава и настанак грешке.Сестре су одговорне за разумевање али у ист време да буде схваћена порука коју преносе.Оне морају пажљиво слушати и пријавити информације исправно и тачно. Закључак

Вештина комуникације ,кажу многи,најаче је човеково оружје.Здравствени радници који вешто комуницирају и користе сазнања у области професионалне комуникације,разликују се од осталих, и својим односом према пацијентима,колегама са посла и осталим грађанима.Они су успешни здравствени радници.

Број речи: 454

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. М.Ненадовић Основи науке о понашању,Београд 2013
2. Д.Михајловић.Ристић.С Тимски рад у радни апсентизам Теута,Панчево 2015
3. Д.Кесмановић“Психијатрија“ Медицинска knjига 2014
4. Р.Калићанин Психијатрија београд 2012
5. Т.Мандић Комunikologija Привредни pregled Београд 2011

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

Алтернативе протетике у естетској зони

М.Гојнић, Ж.Вукашиновић,

Сјајни бели и одговарајући зуби и природни осмех су сигурно један од најважнијих фактора у обликовању општег утиска некога. Са врхунском савременом зубном технологијом, технологијом и материјалима, данас више не би требали бити изузетак, већ опште прихваћени стандард. Након одређеног периода живота, наши зуби више не задовољавају естетику или функционалност. Жеља за бриљантним и младалачким осмехом са квалитетним и дуготрајним решењима, под савременом стоматологијом, је у потпуности остварива. Замена изгубљених зуба, лечење и поправљање постојеће, као и естетска или функционална корекција спадају у широку зону естетске стоматологије. Када је реч о козметичкој стоматологији, првенствено се мисли на зубну протетику. Стоматолошка протетика је грана стоматологије која замењује изгубљене зубе, исправља постојеће, укратко побољшава функцију и естетски изглед зуба и на тај начин побољшава квалитет вашег живота. Не само размишљају о лепоти него о здрављу. Стоматолошка протетика подељена је на покретну и фиксну протетику.

Мобилна протетика

У случајевима када није могуће уградити фиксну замену за протетику из различитих разлога, мобилна протетика нуди адекватно решење. Мобилне протезе могу бити тоталне или парцијалне. Тотална протеза може бити постављена на имплантату. Најчешћи проблем са протезом је њихова нестабилност. Стабилна стабилност постиже се посебним материјалима, што чини протезе много стабилније и удобније за ношење. Посебна веза протезе се повезује са зубом и нема могућност пада и кретања. Такве протезе су смањене у величини, прикладније и удобније за ношење.

Фиксна протетика

Фиксна протетика укључује круне и мостове. Ово су радови која су фиксирана у уста и не одговарају. Могуће је створити чак и најједноставније крунице, али се ту убрајају круне и мостови керамике (порцелан). Пацијент може изабрати између без металне керамике и металне.

Металкерамичке круне

Металкерамичке круне или мостови имају металну основу на коју се израђује керамика (метал се не може видети било где). Естетски и функционални зуби у потпуности је испуњавају керамика од керамике или керамика церцон или литијум дисиликата естетски супериорна металкерамика.

Керамичка керамика (потпуна керамика)

Све већи захтеви за естетским рестаурацијама, стоматолозима и пацијентима, довели су до повећане употребе стоматолошке керамике за предње и задње протетске рестаурације. Због слабије чврстоће и отпорности, ранији керамички радови су се користили само за лечење предњих зуба (много мање силе код жвакања, за разлику од готових зуба). Цирконијум је биокомпатибилан, нема алергијске реакције на околно ткиво, и представља такву неповољну основу за акумулацију која успорава рецесију жлезда. Керамичка керамика је тип комплетне керамике и припада самом врху естетске стоматологије. Цирконијум оксид се дуго користи у индустрији свемирских летилица и ортопедије (вештачких колена и кукова). Цирконијум диоксид има боље оптичке особине од метала. Природни естетски ефекат рада остаје исти при различитим условима светлости типа (дан или вештачко светло). Због своје одличне чврстоће и отпорности на лом, цирконска керамика се такође може користити за производњу фиксних протетичких протеза, где је потребно заменити више зуба (од соло круна до полуокружног моста).

Број речи: 446

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Ракочевић З, Мратинковић Д. Основи радиологије денто-максилофацијалне регије – Практикум, Београд, 2014. год.
2. Стоматолошка анестезиологија. Брковић Б, Дражић Р, Милосављевић Р, Тодоровић Љ. Стоматолошки Факултет Београд 2012. год.
3. Практикум из оралне хирургије. Марковић А, Чолић С, Стојчев-Стајчић, Дражић Р, Гачић Б. Стоматолошки факултет Београд 2013. год.
4. Орална хирургија Тодоровић Љ, Јуришић М, Кафеџиска В, Петровић В, Стоматолошки факултет, 2012. год.
5. Mallamed SF. Handbook of local anesthesia, Fifth ed., St Louis, Mosby 2014.

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

Технологије и материјали будућности, савремени зубни техничар

Самир Берисалић, Жарко Вукашиновић,

Današnje tehnologije u zubnoj tehnici napreduju velikom brzinom. Nekada se čini da ih je nemoguće pratiti, a pitanja koja nam se nameću također se gomilaju. Najvažnije pitanje gdje je u svemu tome budućnost zubnog tehničara? Da li uopšte ima mjesta za njega u digitalnoj stomatologiji? Većina zubnih tehničara se slaže, da nam je mjesto zagarantovano, jedino ako se usavršimo u digitalnim tehnologijama i uz to savladamo vještine i znanja za »finiširanje zahtjevnih slučajeva«, kako tehnološki tako i estetski. Taj »finalni dodir« će ostati na zubnom tehničaru još dugo, ali zahtjevnost njegovog rada će porasti. Edukacije o digitalnim tehnologijama su sada najzanimljivije za zubnetehničare i svaki dan ih se sve više organizuje. Najkomplikovaniji implantološki slučajevi su uz digitalne tehnologije postali nekoliko jednostavniji za izradu, ali i dalje predstavljaju izazov. Također, vidimo da se spektar materijala za upotrebu u stomatologiji posljednjih godina proširio. Dakle, sve to zahtjeva stalnu informiranost i edukaciju.

Kada smo kod implantoloških slučajeva, kompleksnost slučajeva nas tjera na savladavanje različitih vještina i znanja. U slučaju hibridnih radova, kombinacije više materijala i tehnologija, zahtjevnost izrade se i te kako povisi. Očekivanja pacijenta i terapeuta su, naravno, vrhunski rad u svakom njegovom aspektu. Pravilnom komunikacijom terapeuta i tehničara takvi radovi mogu imati vrhunske rezultate. Što se tiče preciznost, ona mora biti gotovo savršena i direktno utiče na životnu dob nadomjestka. Estetika je u rukama zubnog tehničara, a današnji materijali pružaju velike mogućnosti. Kada govorimo o materijalima, tu vidimo porast upotrebe kompozitnih materijala. Naročito se to odražava na izradu vještačke gingive. Kompoziti su jako napredovali posljednjih godina. Tekuće varijante kompozita omogućuju jednostavnu i brzu upotrebu uz dostizanje visoko kvalitetnih rezultata. Napredak je omogućio kombinovanje do sada na izgled nespojivih materijala. Kompoziti se sada upotrebom različitih prajmera jednostavno »lijepe« na druge materijale. Kompozit/keramika, kompozit/cirkon i druge kombinacije su danas svakodnevica u zubnim laboratorijima. Prije nekoliko godina je to bilo skoro nezamislivo. Danas implantološki pacijent može dobiti privremeni rad u kombinaciji PMMA i kompozita, koji će mu dati uvid u konačni rezultat, ali i terapeutu i tehničaru potrebne informacije za završetak rada. Taj privremeni rad služi za provjeru prije izrade definitivnog rada i služi za usklađivanje sa estetskim zahtjevima pacijenta. To uveliko pojednostavljuje rad i pružave ću sigurnost izrade konačnog rada.

Број речи: 366

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Mohd G. Sghaireen, Mahmoud K. AL-Omiri. Relationship between impact of maxillary anterior fixed prosthodontic rehabilitation on daily living, satisfaction, and personality profiles, *Journal of Prosthetic Dentistry*, Published online: October 3 2015
2. Amirali Zandinejad, Merila Atarodi, Tamer Abdel-Azim, Ryan M. Leonhart, Dean Morton. Complete oral rehabilitation of a patient with hereditary gingival fibromatosis: A clinical report, *Journal of Prosthetic Dentistry*, Vol. 113, Issue 1, p1–7, 2014
3. Eneko Solaberrieta, Jose Ramon Otegi, Rikardo Mínguez, Olatz Etxaniz. Improved digital transfer of the maxillary cast to a virtual articulator, *Journal of Prosthetic Dentistry*, Vol. 112, Issue 4, p921–924, 2014
4. Shweta Puri, Ewa C. Parciak, Mathew T. Kattadiyil. Complete mouth reconstruction with implant-supported fixed partial dental prostheses fabricated with zirconia frameworks: A 4- year clinical follow-up, *Journal of Prosthetic Dentistry*, Vol. 112, Issue 3, p397–401, 2014
5. Han O. Scoble, Shane N. White. Compound complex curves: The authentic geometry of esthetic dentistry, *Journal of Prosthetic Dentistry*, Vol. 111, Issue 6, p448–454, 2014

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

Управљање људским ресурсима на Клиници за неурологију

Наташа Јевтовић, Слађана Петровић,

Управљање људским ресурсима или менаџмент људских ресурса је подсистем управљања било којом организационом јединицом у здравству.

Менаџмент процес је веома комплексан, јер у себи обједињује бројне функције, од планирања и организовања, до вођења и контроле материјалних, финансијских, информационих и људских ресурса у организацији.

Управљање људима, као најзначајнијим ресурсима предузећа, веома је сложен и вишедеимензионалан процес. Није лако управљати људима, њиховим понашањем и њиховим потенцијалима. Иако у менаџмент процесу постоје одређена правила, менаџмент организација не сме робовати стереотипима, јер је људско понашање променљивог карактера, а често и непредвидиво. Сваки човек је засебна личност, а свака организација прича за себе.

Овај рад има за циљ да прикаже новонасталу ситуацију на Клиници за неурологију КЦ Крагујевац а вези са управљањем и увођењем новопримљених сестара на Клинику који је у последњих шест месеци био један од најзначајнијих промена у здравственој нези наше клинике.

Увођење у специфичности здравствене неге неуролошких болесника захтевао је сагледавање постојећег знања новопримљених сестара а сами тим и низ корака који су имплементирани у овом периоду.

Приказаћемо све начине и технике које су коришћене од провере постојећег стања затим едукативних процедура, ангажовања свих упослених медицинских сестара, проблеме са којим смо се сусретали као и анализу прикупљених података.

Људски ресурси имају пресудан значај за остваривање пројектованих циљева организације. Њихова изузетност и специфичност стављају их у први план у односу на остале ресурсе, а њихов немерљив значај за организациону успешност чини их најважнијим ресурсима организације постојећих резултата.

Број речи: 232

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Dessler, G., Osnovi menadžmenta ljudskih resursa, Data Status, Beograd, 2015.
2. Bogićević-Milikić, B., Menadžment ljudskih resursa, Ekonomski fakultet, Beograd, 2016.
3. Orlić, R., Kadrovski menadžment, FON, Beograd, 2015.
4. Mihailović, D. Psihologija u organizaciji, FON, Beograd, 2016.
5. Torrington, D., Hall, L., Taylor, S., Menadžment ljudskih resursa, Data Status, Beograd, 2014.

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

Резистентне бактерије на антибиотици

С.Антонијевић, М.Николић, М.Николић

Сам појам "резистенција" бактерија на антибиотици значи неосетљивост или отпорност бактерија на антибиотици. Оно што овај проблем чини актуелним јесте чињеница да се све чешће јављају изолати бактерија који су резистентни на већину или чак на све тестиране антибиотици.

Колики је значај ове проблематике говори чињеница да такве бактерије могу бити узрочници како баналних, тако и тешких инфекција које витално угрожавају пацијента. Оно што посебно забрињава јесу предвиђања која кажу да се налазимо на прагу такозване постантибиотске ере, тј. ере у којој за одређене инфекције нећемо имати одговарајући антибиотик.

Најчешће се као мултирезистентне бактерије јављају такозване грам негативне бактерије од којих најчешће *Acinetobacter*, *Pseudomonas*, *Klebsiella* и *Proteus*, док се од грам позитивних најчешће јављају *Staphilococcus* и *Enterococcus*. Овакви изолати се чешће јављају у болничким срединама које су богате антибиотцима, али се могу изоловати и код ван болничких пацијената.

Главни разлог за настанак овакве резистенције бактерија је нерационална и неправилна употреба антибиотика. Све чешћа је употреба антибиотика у лечењу респираторних вирусних инфекција на које антибиотици немају никакво дејство, па чак и употреба антибиотика у смислу превенције респираторних инфекција. Морамо споменути и навику пацијената да самоиницијативно, често неоправдано, уводе антибиотици у терапију користећи их у неадекватној дози током сувише дугог или сувише кратког периода. Ово су само неки примери неоправдане и неправилне употребе антибиотика која изазива бактерије да стварају резистенцију.

Како смањити резистенцију бактерија на антибиотици?

Ово је питање које је актуелно у целом свету, што је у неким земљама резултирало применом програма рационалног руковођења прописивања антибиотика који се одвија кроз деловање тимова инфектолога, микробиолога и фармаколога и који се показао ефикасним. Док овакав приступ антибиотској терапији не заживи и код нас, оно што можемо и морамо урадити јесте рационализовати употребом антибиотика. То значи користити антибиотици само када је то неопходно, увек у договору са лекаром и кад год је то могуће потврдити бактеријску инфекцију микробиолошким дијагностиком.

Број речи: 305

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Hawser S. Surveillance programmes and antibiotic resistance: Worldwide and regional monitoring of antibiotic resistance trends. *Antibiotic Resist* 2012; 211:31-43
2. Morrissey I, Hackel M, et al. A review of Ten years of the study for Monitoring Antimicrobial Resistance Trends (SMART) from 2002 to 2011. *Pharmaceuticals* 2013; 6:1335-1346
3. Johnson JR, Tchesnokova V, et al. Abrupt emergence of a single dominant multidrug-resistant strain of *Escherichia Coll.* *J Infect Dis* 2013; 207:919-28
4. Livermore DM. Fourteen years in resistance *Int J Antimicrob Agents* 2012; 39:283-94
5. Antibiotic Prescribing in Hospitals. Improvements Needed. *Medscape*. Mar 04, 2014
6. Pop-Vicas A, Opal SM. The clinical impact of multidrug-resistant gram-negative bacilli in the management of septic shock. *Virulence* 2014; 5(1):206-212

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

ISPITIVANJE KVALITETA I KLINIČKE EFIKASNOSTI ZAMRZNUTE SVEŽE
PLAZME

З.Станојковић, А.Антић,

Zamrznuta sveža plazma (ZSP) je jedna od najčešće primenjivanih krvnih komponenti, čija primena raste iz dana u dan. Priprema i skladištenje ZSP su strogo definisani Evropskim preporukama za pripremu, primenu i ispitivanje kvaliteta krvnih komponenti, kao i Nacionalnim standardima. Cilj ovog istraživanja je bio uporediti kvalitet ZSP koja je pripremljena u Zavodu za transfuziju krvi u Nišu sa važećim preporukama i ispitati efikasnost ZSP nakon transfuzije hematološkim bolesnicima.

Materijal i metode: Jedinice ZSP izdvojene iz cele krvi (N = 180) su brzo zamrzavane na temperaturi od $-75\pm 5^{\circ}\text{C}$ unutar 45 minuta (Blast shock freezer, Angelantoni, Italy). Nakon odmrzavanja na 37°C u vodenom kupatilu, kvalitet ZSP je ispitivan određivanjem faktora koagulacije: FI (g/L), FII (%), FV (%), FVII-XII (%) i inhibitora (AT, PC), na aparatu ACL Elite Pro IL (Instrumentation Laboratory, USA). Klinička efikasnost transfundovanih jedinica ZSP je određena na osnovu posttransfuzijskog INR-a kod pacijenata (N = 40) 4 sata nakon transfuzije (INR 1- nakon prve transfuzije, INR 2- nakon druge transfuzije, INR 3- nakon treće transfuzije), određivanjem broja transfundovanih jedinica ZSP po pacijentu i ukupnog pada INR-a.

Rezultati: Najveća aktivnost u plazmi (%) zabeležena je za FV, F VII i F XII ($128,85\pm 11,95$, $126,45\pm 8,03$, $123,01\pm 4,58$, respektivno), dok su F VIII i F IX pokazali najnižu aktivnost (FVIII: $103,95\pm 6,66$, FIX: $101,75\pm 7,58$). Aktivnost inhibitora koagulacije je u granicama referentnih vrednosti prema važećim preporukama (ATIII $93,85\pm 4,92\%$, PC $104,28\pm 8,65\%$). Ispitivanje kliničke efikasnosti ZSP je pokazalo statistički značajan porast INR-a sa svakom narednom transfuzijom na nivou $p < 0,05$. Poređenjem pada INR-a od INR 1 do INR 3, uočava se statistički značajna razlika u padu INR 1 i INR 2 ($1,07$ vs $0,79$, $t = 2.334$, $p < 0,05$).

Zaključak: Poštovanje osnovnih principa pripreme, kao i adekvatno skladištenje jedinica ZSP su osnove za optimalni kvalitet ovog produkta. Samo ovako pripremljene jedinice ZSP pokazuju zadovoljavajući terapijski odgovor kod pacijenata sa poremećajima koagulacije

Број речи: 302

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Guide to preparation, use and quality assurance of blood components, 18th edition: Council of Europe publishing, 2015.
2. Stanojković Z. Priprema i kvalitet produkata krvi u terapiji hematoloških bolesnika (uže specijalsitički rad). Medicinski fakultet Niš, 2016.
3. Stanojković Z, Antić A, Lazarević M, Jelić M. Fresh frozen plasma: quality standards and clinical efficiency. Vox Sang 2017; 112 (Suppl.1): 144 (P-228).
4. Antić A, Stanojković Z. Perioperativno transfuziološko zbrinjavanje bolesnika sa hematološkim poremećajima. Anest Reanim Transf 2015; 42 (1-2): 79-82.
5. Basu D, Kulkarni R. Overview of blood components and their preparation. Indian Journal of Anaesthesia 2014; 58(5): 529-37.

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

Сестринске интервенције код пацијената са колостомом

Према процени СЗО годишње у свету од рака дебелог црева оболи 1,2 милиона људи, односно 9,8% свих оболелих од малигнух тумора. У просеку сваких 3,5 мин открије се један новооболели. Са приближно пола милиона новооболелих, 250.000 умрлих лица и средњим петогодишњим преживљавањем од 54%, ова болест је 2. водећи узрок смртности од карцинома у Европи.

Колоректални карцином према подацима из „ Здравствено –Статистички Годишњак Републике Србије за 2010 и 2012 год. „, објављен од стране Института за јавно здравље Србије „др Милан Јовановић Батут“ ИСНН 2217-3714 (On line) 2. је најчешћи узрок смрти код оба пола - оболелих од тумора; Код мушкараца иза карцинома плућа, код жена иза карцинома дојке.

Пацијенти оболели од карцинома дебелог црева врло често су у ситуацији да привремено или трајно имају уграђену колостому.

Сестринске интервенције везане за колостому су :

1. Здравствено васпитни рад са пацијентом - успостављање психичке стабилности пацијента и лакшег прихватања новонастале промене у његовом животу.
2. Дезинфекција и свакодневна тоалета ране
3. Превидјање и нега колостоме у првим данима након операције
4. У случају постојања компликација спровођење свих потребних медицинских третмана.
5. Едукација и оспособљавање пацијента да буде самосталан
6. Едукација родбине - помоћ пацијенту у одређеним ситуацијама

Савесна и одговорна сестра својом стручношћу и срдачним приступом у великом проценту олакшава прихватање новонасталог, непријатног стања у ком се налази пацијент са колостомом.

Број речи: 204

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

- 1.Libutti SK, Salz LB, Willett CG, Levine RA. Chapter 57: Cancer of the colon. In: DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, eds. DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology. 10th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
- 2.Libutti SK, Willett CG, Salz LB, Levine RA. Chapter 60: Cancer of the rectum. In: DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, eds. DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology. 10th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
3. „ Национални водич добре клиничке праксе РАК КОЛОНА И РЕКТУМА“ - Клинички водич 15/12 Београд, 2013. – Израдила Републичка стручна комисија за израду и имплементацију водича добре клиничке праксе.
- 4.Министарство здравља РС www.zdravlje.gov.rs ,2013 год. „ Национални програм за превенцију колоректалног карцинома”, донет уредбом објављеном у Сл.гласник РС 05 бр.110-6914/2013,Београд,
- 5.16. Август 2013 .године www.zdravlje.gov.rs www.cancerresearchuk.org, званични сајт за објављивање података добијених истраживањем оболелих од рака у Енглеској.

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

SISTEMSKE MANIFESTACIJE U REUMATOIDNOM ARTRITISU

Reumatoidni artritis (RA) je autoimunska sistemska bolest koju odlikuje dugotrajna inflamacija i značajna destrukcija zglobova. Osnovna karakteristika RA je prisutnost destruktivnog simetričnog hroničnog poliartritisa sa prevashodnim zahvatanjem sitnih zglobova šaka i stopala, iako bolest može zahvatiti bilo koji sinovijalni zglob. Prevalencija RA varira od 0,5% do 2% među opštom populacijom, češće pogađa žene u četvrtoj ili petoj deceniji života. Uprkos savremenim istraživanjima i novim uspešnim modalitetima lečenja, potpuna remisija bolesti još uvek ostaje izazov. Pojava brojnih ranih i kasnih ekstraartikularnih manifestacija (EAM) bolesti, koje se javljaju kod gotovo 50% bolesnika, dodatno komplikuje progresiju bolesti, dok se očekivano trajanje života smanjuje za oko 7 godina kod muškaraca i 3 godine kod žena. EAM mogu predstavljati dijagnostičku dilemu u odnosu na simptome toksičnosti indukovane lekovima i simptome infekcije kod obolelih od RA. Različite EAM u RA mogu uključiti više organa ili sistema u organizmu, a njihove kliničke osobine takođe pokazuju mnogo varijacija, pri čemu su uglavnom zahvaćeni koža, kardiovaskularni sistem i pluća. Pacijenti sa RA i rizikom za pojavu EAM su oni koji imaju visoke titre reumatoidnog faktora, prisutna antinukleusna antitela, prisutna anti-CCP antitela, takođe pušači, kao i pacijenti sa određenom genetskom predispozicijom. EAM uključuju pojavu reumatoidnih nodula, vaskulitisa, plućnih, neuroloških, srčanih, hematoloških i kožnih komplikacija. Smrtnost povezana sa EAM takođe može biti prilično visoka u RA, ponekad i više od same bolesti. EAM teško je dijagnostikovati, a još teže lečiti, jer među reumatolozima ne postoji jasan konsenzus o njihovoj ispravnoj klasifikaciji, kao ni jasne smernice za njihovo lečenje.

Број речи: 249

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Das S, Padhan P. An Overview of the Extraarticular Involvement in Rheumatoid Arthritis and its Management. *J Pharmacol Pharmacother*. 2017;8(3):81-86.
2. Eser F, Garip Y, Bodur H. Extraarticular manifestations in Turkish patients with rheumatoid arthritis: impact of EAMs on the health-related quality of life in terms of disease activity, functional status, severity of pain, and social and emotional functioning. *Rheumatol Int*. 2012;32(6):1521-5.
3. Cojocaru M, Cojocaru IM, Silosi I, Vrabie CD, Tanasescu R. Extra-articular manifestations in rheumatoid arthritis. *Maedica (Buchar)* 2010;5:286–91.
4. Prete M, Racanelli V, Digiglio L, Vacca A, Dammacco F, Perosa F, et al. Extra-articular manifestations of rheumatoid arthritis: An update. *Autoimmun Rev*. 2011;11:123–31.
5. Kelly CA, Saravanan V, Nisar M, Arthanari S, Woodhead FA, Price-Forbes AN, et al. Rheumatoid arthritis-related interstitial lung disease: Associations, prognostic factors and physiological and radiological characteristics – A large multicentre UK study. *Rheumatology (Oxford)* 2014;53:1676–82.2. Turesson C. Rheumatoid vasculitis: An update. *Curr Opin Rheumatol*. 2015;27:63–70.

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

Назална примена лекова

Г.Ђорђевић, Љ.Диздаревић,

У свакодневној пракси, присутне су недоумице код педијатара и лекара опште праксе, када, који раствор слане воде, и колико дуго и на који начин ординирати пацијентима. Примена ових медицинских раствора је испитивана уназад 30 година и јасне су индикације и очекивани ефекти, презентовани на свим Орл Конгресима, европским и светским и регионалним симпозијумима.

Учесталост патолошких стања горњих респираторних органа је све већа и поред широке палете медикамената. Акутним респираторним инфекцијама и акутним и хроничним риносинуситисом, највише су захваћене популације колектива (вртићи, школе и радно запослено становништво), што доводи до значајног одсуствовања из школе и са посла, а самим тим значајно утиче на социјално-економске односе².

Нефармаколошка терапија у виду испирања носа различитим сланим растворима се све више користи у циљу смањивања назалних симптома¹. Пречишћена морска вода је неразблажена стерилна морска вода без конзерванаса, која садржи смањену концентрацију натријума како би била изотонична, али при том задржава исти састав минерала и микроелемената као у морској води, док хипертонична морска вода садржи хипертоничну концентрацију минералних соли и олигоелемената. Изотонични раствори обезбеђују влажност слузници, убрзавају покретљивост цилијарног апарата, имају пуфрески ефекат и повећавају аеризацију носног кавума. Хипертонични раствори доводе до осмотског обарања едема слузнице, разводњавања густог инфективног секрета, а тиме до деблокаде цилијарног апарата и олакшања дисања. Правилан мукоцилијарни транспорт је комплексно регулисан, једносмеран је и креће се двофазно као сол и гел фаза. Нормалан мукоцилијарни апарат зависи од стања епитела и уредне функције цилија, квантитета и квалитета система конгестије и деконгестије (симпатикуса-парасимпатикуса). Поремећен однос доводи до застоја секреције и прекида избацивања секрета (бактерија, алергена, вируса), као и до смањења аерације, што доводи до веће дисфункције цилија-1. Редовним испирањем носа и правилном употребом изо- или хипертоничне морске воде постиже се адекватна тоалета носне слузнице, задржава се влажност и убрзава реепителизација. Смањењем инфламације доводи до значајног смањења употребе антипиретика, назалних деконгестива, муколитика и системских антибиотика, чиме се умањује ризик од нежељених ефеката и развоја бактеријске резистенције. Умањује се назална опструкција, назална секреција, кашаљ и бол у грлу, док се стимулишу природни механизми чишћења слузнице и убрзава нарастање респираторног епитела.

Број речи: 334

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Bonnomet A, Luczka E, Coraux C, de Gabory L. Nondiluted seawater enhances nasal ciliary beat frequency and wound repair speed compared to diluted seawater and normal saline. *Int Forum Allergy Rhinol.* 2016; XX ; 1-7.
2. Sinha O. N., Deswal M. Comparing hypertonic saline and xylometazoline in allergic rhinitis, *International Journal of Research in Medical Sciences, Int J Res Med Sci.* 2015; 3(12); 3620-3623.
3. King D. and al. ; Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections. *Cochrane Database of Systemic Reviews* 2015, Issue 4.
4. Rosenfeld R. M; *Clinical Practice Guideline (Update); Adult Sinusitis; 2015; Otolaryngology- Head and Neck Surgery; Vol. 152(2S)S1-S39.*
5. Belić B.: ‘Hronični rinosinuzitis- dijagnoza i tretman’, str. 31-35.

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

Uloga MDCT angiografije u planiranju lečenja hroničnih totalnih okluzija krvnih sudova

Uvod: U poslednjih par godina CTO (chronic total occlusion) je predmet sve većeg interesovanja interventnih kardiologa i radiologa koji pokušavaju da reše ovaj problem primenom perkutane transluminalne koronarne angioplastike (PTCI). Preoperativna upotreba MDCT (multidetektorske kompjuterizovane tomografije) može imati povoljan uticaj na efikasnije izvođenje interventne procedure, a uz to predstavlja i neinvazivnu metodu. Cilj nam je bio ispitati ulogu MDCT-a u planiranju lečenja pacijenata primenom PTCI kod kojih je konstatovana hronična totalna okluzija koronarnih krvnih sudova.

Materijal i metode: Istraživanje je obuhvatilo 60 pacijenata koji su bili podvrgnuti PTCI-CTO u periodu od dve godine. Kod 30 pacijenata pre intervencije je urađena MDCT koronarna angiografija i nakon utvrđene vrste plaka pristupilo se intervenciji. U kontrolnoj grupi bilo je 30 pacijenata kojima pre intervencije nije rađena MDCT angiografija.

Rezultati: Kod pacijenata obuhvaćenih ovim istraživanjem rezultati su pokazali visoko statističku značajnu razliku ($\chi^2= 23,472$, $DF=1$, $p<0,0001$) u uspešnosti intervencije između pacijenata koji su pre intervencije bili podvrgnuti pregledu MDCT-om i kontrolne grupe pacijenata. U grupi pacijenata sa urađenom MDCT angiografijom uspešnost PTCI bila je 83% (25/30 pacijenata), dok je u kontrolnoj grupi uspešnost PTCI bila 40% (12/30 pacijenata). U okviru grupe pacijenata kojima je rađena MDCT rezultati nisu pokazali statistički značajnu razliku u uspehu intervencije u odnosu na vrstu plaka koji su pacijenti imali ($\chi^2= 0,649483$, $DF=2$, $p=0,7227$).

Zaključak: Uloga MDCT angiografije može imati značajan uticaj na planiranje lečenja primenom PTCI kod pacijenata sa CTO s obzirom na veću uspešnost intervencija kod pacijenata kod kojih je preoperativno bio urađen MDCT pregled.

Број речи: 249

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Saponjski J, Stojanovich L, Petrovic J, Saponjski D. The role of MSCTangiography in early detection of lower limb arterial lesions in patients with antiphospholipid syndrome. *Immunol Res.* 2017 Jan 25. 2.
- 2.Saponjski J, Stojanovich L, Petrovic J, Saponjski D.The meaning of MSCT – angiography in early detection of visceral arterial lesions in patients with antiphospholipid syndrome *Medical Research Archives*, Vol. 4, Issue 7, November 2016
- 3.Saponjski J, Stojanovich L, Djokovic A, Petkovic M, Mrda D. Systemic vascular diseases in the antiphospholipid syndrome. What is the best diagnostic choice? *Autoimmun Rev.* 2011 Feb; 10(4):235–7
- 4.Parapid B, Saponjski J, Ostojić M, Vukcević V, Stojković S, Obrenović–Kirćanski B, Lalić K, Pavlović S, Dikić M, Bubanja D, Kostić N, Dragičević S, Milić N, Lalić N, Ostojić M. The degree of coronary atherosclerosis as a marker of insulin resistance in non–diabetics.*Srp Arh Celok Lek.* 2010;138 (7–8):436–43.
- 5.Vukcevic V, Beleslin B, Ostojic M, Stojkovic S, Stankovic G, Nedeljkovic M, Orlic D, Djordjevic–Dikic A, Stepanovic J, Giga V, Arandjelovic A, Dikic M, Kostic J, Nedeljkovic I, Nedeljkovic–Beleslin B,

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

Индивидуални приступ лечења дијабетеса

М.Милчић, З.Антић,

Циљ рада је да се пацијентима прилагоди терапија на основу индивидуалног приступа сваком пацијенту понаособ и у складу са његовим коморбидитетима, јер и поред добре глико регулације 70% пацијената развије компликације.

Циљ рада је едукација самих оболелих да могу да прилагоде исхрану, физичку активност, правилну употребу лекова у складу са својим здравственим стањем и професионалним активностима.

С, обзиром да из дана у дан број оболелих од дијабетеса расте како у свету тако и код нас. Аутори рада су пратили пацијенте оболеле од дијабетес мелитуса и регистровали промене њиховог здравственог стања и компликација након промене терапије. По задњим статистичким подацима број оболелих од дијабетес мелитуса у Србији је око 700 хиљада, што чини око 8.1% укупне популације са тенденцијом даљег пораста. С, обзиром да је дијабетес метаболичка болест коју карактерише пораст нивоа глукозе у крви са истовременим падом инсулина у крви, али и другим метаболичким дизбалансима код пацијената су праћени параметри који су најбитнији за прогресију болести. То су: ниво глукозе у крви, ниво гликозираног хемоглобина, вредности холестерола, триглицерида, хдл и лдл.

Највећи број пацијената оболелих од дијабетес мелитуса развија кардиоваскуларне и цереброваскуларне компликације, које су 3 до 5 пута учесталије код њих је навео ауторе да управо прати горе напоменуте параметре након промене терапије.

Закључак: концепт савремене терапије дијабетеса се заснива да индивидуалном приступу пацијенту. Терапијски приступ зависи од старосне доби, телесне тежине, дужине трајања шећерне болести, дужине очекиваног животног века, присуства других коморбидитета, склоности ка хипогликемијама и др...

Број речи: 239

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. <http://www.fda.gov/drugsSafety/ukr459579.htm>
2. <http://drugwatch.com/ongliyza>
3. <http://eudrs.org>
4. American Diabetes Association. standards of medical care in diabetes - 2010 s11- s61
5. Mather A, Pollock C. Kidney Int 2011; 79: S1-S6

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

Перипротетични преломи бутне кости након артропластике кука и колена.
Утицај савремених метода оперативног лечења и здравствене неге на исход
лечења

Перипротетични преломи бутне кости након тоталне артропластике кука и колена су врло ретки, али веома тешки за лечење. Настају најчешће под дејством мале трауме саплитањем и падом на равном код старијих пацијената код којих је врло често присутна остеопороза и перипротетична остеолиза. Лечење ових прелома је врло тешко услед смањених биолошких капацитета за зарастање у већини случајева. Хирушко лечење ових прелома праћено је тешким компликацијама (продуженим зарастањем, незарастањем и дезинтеграцијом остеосинтетског материјала) у чак 25 д. Са порастом старије популације у савременом друштву и са сталним повећањем броја артропластика колена и постоперативних активности из године у годину ови преломи постају све чешћи. У савременој литератури учесталост перипротетичних прелома креће се од 0.6%–2.5% након тоталне артропластике колена.

Оперативно лечење перипротетичних прелома бутне кости представља методу избора увек кад је то могуће и треба се извести што пре од повреде након адекватне преоперативне припреме. Савремена здравствена нега ових пацијената од самог момента пријема па до отпуста из болнице у многе утиче на целокупни исход лечења.

Савремене оперативне методе лечења, различити екстремедуларни (унутрашњи фиксатор Митковић, ЛЦП плоче и др.) и интрамедуларни имплантанти у лечењу ових прелома омогућавају врло рану вертикализацију ових пацијената уз дозвољени ослонац на оперисану ногу. Ово изузетно погодује овој групи пацијената јер се врло рана може започети са рехабилитацијом.

Савремене оперативне методе лечења и адекватна здравствена нега болесника са перипротетичним преломима бутне кости имају за циљ да смање постоперативни морбидитет и морталитет и да пацијента оспособе за нормалан и квалитетан живот.

Број речи: 271

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Ha CW, Shon OJ, Lim SW, Park KH. Minimally invasive plate osteosynthesis for periprosthetic distal femoral fractures after total knee arthroplasty. *Knee Surg Relat Res.* 2014 Mar; 26(1): 27-32.
2. Singh SP, Bhalodiya HP. Outcome and incidence of periprosthetic supracondylar femoral fractures in TKA. *Indian J Orthop.* 2013 Nov; 47(6): 591-7.
3. Caruso G, Milani L, Marko T, Lorusso V, Andreotti M, Massari L. Surgical treatment of periprosthetic femoral fractures: a retrospective study with functional and radiological outcomes from 2010 to 2016. *Eur J Orthop Surg Traumatol.* 2017 Nov 25.
4. Kim MW, Chung YY, Lee JH, Park JH. Outcomes of Surgical Treatment of Periprosthetic Femoral Fractures in Cementless Hip Arthroplasty. *Hip Pelvis.* 2015 Sep; 27(3): 146-51.
5. Moloney GB, Toro JB, Helfet DL, Wellman DS. Proximal Periprosthetic Femur Fractures: Strategies for Internal Fixation. *Am J Orthop (Belle Mead NJ).* 2016 May-Jun; 45(4): 213-8.

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

Прелом дисталног радијуса – свакодневни проблем ортопедског хирурга

Иван Мицић

Преломи дисталног радијуса представљају 1/6 свих прелома. Још увек не постоји консензус у погледу третмана ових прелома. Постојеће опције у лечењу су гипсана имобилизација, спољашња фиксација са или без К-игала, интерна фиксација плочом и шрафовима.

Компликације у лечењу ових прелома огледају се у колабирању прелома, скраћењу радијуса, ангулацији, зглобној инконгруенцији што може довести до појаве деформитета и губитка функције.

Рад приказује приступ и принципе као и могуће методе лечења прелома дисталног радијуса.

Број речи: 75

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Arora, R., M. Lutz, C. Deml, D. Krappinger, L. Haug and M. Gabl (2011). "A prospective randomized trial comparing nonoperative treatment with volar locking plate fixation for displaced and unstable distal radial fractures in patients sixty-five years of age and older." *J Bone Joint Surg Am*93(23): 2146-2153.
2. Jeudy, J., V. Steiger, P. Boyer, P. Cronier, P. Bizot and P. Massin (2012). "Treatment of complex fractures of the distal radius: a prospective randomised comparison of external fixation versus locked volar plating." *Injury*43(2): 174-179.
3. Lee, D. S. and D. R. Weikert (2016). "Complications of Distal Radius Fixation." *OrthopClin North Am*47(2): 415-424.
4. Roh, Y. H., B. K. Lee, J. R. Baek, J. H. Noh, H. S. Gong and G. H. Baek (2015). "A randomized comparison of volar plate and external fixation for intra-articular distal radius fractures." *J Hand Surg Am*40(1): 34-41.
5. Williksen, J. H., F. Frihagen, J. C. Hellund, H. D. Kvernmo and T. Husby (2013). "Volar locking plates versus external fixation and adjuvant pin fixation in unstable distal radius fractures: a randomized, controlled study." *J Hand Surg Am*38(8): 1469-1476.
6. Williksen, J. H., T. Husby, J. C. Hellund, H. D. Kvernmo, C. Rosales and F. Frihagen (2015). "External Fixation and Adjuvant Pins Versus Volar Locking Plate Fixation in Unstable Distal Radius Fractures: A Randomized, Controlled Study With a 5-Year Follow-Up." *J Hand Surg Am*40(7): 1333-1340.
7. Roh, Y. H., B. K. Yang, J. H. Noh, G. H. Baek, C. H. Song and H. S. Gong (2011). "Cross-cultural adaptation and validation of the Korean version of the Michigan hand questionnaire." *J Hand Surg Am*36(9): 1497-1503.

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

Дијабетес – самоконтрола глукозе у крви

Једна од најчешћих савремених обољења које нам доноси савремени начин живота свакако је дијабетес. Разлози за настанак дијабетеса су различити: од наследних фактора преко нередовне исхране до нагомиланог стреса. Нажалост, од ове болести оболева и млађа популација у све већем броју. Већина људи сазнавши да болује од дијабетеса махом падају у депресију и читаву ситуацију схватају на врло трагичан начин мислећи да неће моћи да живе након овог сазнања.

Међутим истина је заправо другачија. Кориговањем начина исхране и живота уопште, узимањем одговарајуће терапије, дијабетес се може држати под контролом и са овом болешћу се може живети дуго, без неких нарочитих проблема. Најважније је редовно контролисање гликемије.

Зато је веома важно да пацијент научи како да сам одређује садржај глукозе у крви, помоћу апарата за самјоконтролу. На основу добијених резултата лечење се може кориговати свакодневно што се зове самоконтрола. За мерење је потребна кап крви, због чега пацијент мора да се убоде, обично у јагодицу прста. Кап крви се наноси на посебну траку за мерење гликозе у крви, а мерење се врши помоћу посебног апарата. Резултат се читава са екрана апарата, а савремени апарати имају могућност „памћења“ великог броја резултата мерења.

Дневник самоконтроле треба обавезно да се донесе приликом редовних или ванредних прегледа код лекара.

Бр. речи 202

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Проф др Бранислав петровић, Епидемиологија, предавања 2013/2014 , Медицински фкултет Универзитета у Нишу
2. Радица Степановић-петровић, фармакологија, предавања 2013/2014-Фармацеутски факултет Београд
3. Menadgmet of Dijabetes. Quick Reference Guide, March 2015
4. Dhamija P, Bansal D, Srinivasan A, Bhala A, Hota D, Chakrabarti A . Patterns of prescription drug use and incidence of dru-drug interaktions in patients raporting to medical emergency Fundam Clin Pharmacol 2013; 27 (2) .231-7
5. Lexi Comp. [htt://www.lexi.com](http://www.lexi.com) pristup sajtu 2014

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

PSIHOLOŠKI ASPEKTI STERILITETA I IVF TRETMANA

Po definiciji Svetske zdravstvene organizacije pod pojmom steriliteta se podrazumeva izostanak trudnoće nakon godinu dana nezaštićenih seksualnih odnosa. Po podacima pojedinih studija ovaj problem je prisutan kod 7-26% populacije, tek oko 50% parova zatraži pomoć, a oko 22% se podvrgava lečenju . Razmatrajući izložene podatke jasno se uočava da je reč o vrlo značajnom problemu koji se može razmotriti sa više različitih aspekata, s obzirom na njegovu kompleksnost. Analizirajući ovaj problem moguće je sagledati, ne samo pitanja vezana za učestalost i uzroke steriliteta, već i mogućnosti lečenja i svakako efikasnosti primenjenih terapijskih procedura. Međutim, pitanje koje je takođe vrlo značajno odnosi se na psihološke aspekte steriliteta. Suočavanje sa problemom steriliteta može biti vrlo stresogeno iskustvo za parove koji žele potomstvo. Trenutak suočavanja sa ovim saznanjem, kao i brojna pitanja koja slede, predočene dijagnostičke i terapijske procedure, kao i osećaj nemoći uz prateću neizvesnost svakako su samo neki od problema pred kojima se nalaze ne samo parovi već i zdravstveni radnici. Budući da se ovaj problem ne može i ne sme zanemariti, a evidentno je i da ima vrlo značajan uticaj na ishod lečenja steriliteta i njegovu uspešnost, potrebno mu je posvetiti posebnu pažnju. Veoma je značajno imati u vidu da profil ličnosti u značajnoj meri determiniše stav prema problemu pred kojim se osoba nalazi, spremnost suočavanja sa istim, i prihvatanja eventualnog neuspeha.

Da spomenuto pitanje nije novijeg datuma pokazuju rezultati studije iz 1988. sprovedene u Kvinslendu, kada je 77 žena uključenih u program vantelesne oplodnje dalo izveštaj o self-percepciji tokom predviđenog dijagnostičkog i terapijskog protokola. Po dobijenim podacima najveći stepen anksioznosti i neizvesnosti zabeležen je u toku pripreme za embrio-transfer kao i u periodu iščekivanja rezultata o njegovoj uspešnosti. Ova studija je takođe dala podatke o tome da se motivisanost parova značajno smanjivala sa brojem pokušaja vantelesne oplodnje . Koliko je ovo pitanje značajno ukazuje i podatak druge studije koji naglašava neophodnost sačinjavanja psihološkog profila parova planiranih za neku od metoda asistirane reprodukcije, budući da isti, kao i eventualno postojanje psihopatoloških poremećaja mogu značajno uticati na ishod primenjenih procedura. Studija sprovedena u Hjustonju došla je do podataka da su se parovi uključeni u program vantelesne oplodnje u značajnom procentu (77%), izjasnili da je ovo pitanje vrlo bolno i da iziskuje značajnu psihološku podršku u cilju prevazilaženja ovog problem.

U kolikoj meri je psihološka podrška značajna ukazuju podaci studije sprovedene u Australiji gde su dobijeni podaci da sa svakim neuspešnim pokušajem vantelesne oplodnje značajno opadaju samopouzdanje i motivisanost, a depresivne reakcije nisu zanemarljive. Da su tuga i depresija, pa i bes i revolt česte pojave kod žena uključenih u spomenute programe govori i studija sprovedena 2010. Ova studija takođe ističe izuzetan značaj lekara i medicinskih sestara u cilju prevazilaženja spomenutih reakcija prvenstveno kroz detaljno i strpljivo informisanje pacijentkinja i njihovih partnera.

Br.reči 460

**НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ
БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ
КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

1. Greil A.Slauson- Blevins K.Mc Quillan J. The experience of infertility: A review of recent literature.Sociology Department, Faculty Publications. 1-1 2010.
2. Palha A.Lourençob M.Psychological and Cross- Cultural Aspects of Infertility and Human Sexuality.Balon R (ed): Sexual Dysfunction: Beyond the Brain-Body Connection.Adv Psychosom Med. Basel, Karger, 2011, vol 31, pp 164–183
3. A.Bjelica, S.Nikolić, Development and Achivements of Assisted Reproductive technology, Medical review, vol.68,br.9-10,str.353-357, 2015.
4. S.Nikolić, A.Bjelica, Lj.Antić. Achievement motivation in couples participating in in vitro fertilization program. International Journal Of Current Medical And Pharmaceutical Research, Vol. 3, Issue, 02, pp.1369-1373, February, 2017
5. S.Nikolić, A.Bjelica, Lj.Antić, H.Aleksopulos.Attitudes of patients about the importance of psychological intervention in the proces of In Vitro fertilization. International Journal Of Current Medical And Pharmaceutical Research, Vol. 3, Issue, 10, pp.2564-2568, October, 2017.

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

Неурофиброматоза - узроци, симптоми, лијечење и здравствена нега

Соња Паравина Јанчић Гордана Јовановић

Неурофиброматоза је аутозомно доминантна болест код које се стварају тумори дуж живаца, што понекад доводи до значајне деформације меког ткива или кости. Дијагноза се поставља клинички. Нема специфичног лијечења, а тумори се могу уклонити хируршким захватом.

Циљ овог рада је упознати здравствене радника са веома ретком болешћу коже, која изискује холистички и мултидисциплинаран приступ целокупног здравственог тима, од примарног до терцијалне здравствене заштите, од почетка до краја живота.

Постоје два типа неурофиброматозе, тип I и тип II. Неурофиброматоза тип II која се другачије назива вон Реклингхаузенска болест, по имену немачког патолога који је ову болест први пут описао, са типичним променама на кожи типа беле кафе. Вон Реклингхаузенска болест представља аутозомно-доминантну болест. Према томе, уколико један родитељ има неурофиброматозу, шанса да и дете наследи ову болест је око 50%. Поремећај утиче на све ћелије порекла нервне цеви (меланоците, фибробласте и Шванове ћелије). Код неурофиброматозе постоје тумори на различитим локализацијама попут неурофиброма, глиома оптичког и акустичког нерва, тумора кичмене мождине који су у већини случајева бенигни, али постоје и малигни тумори попут неуросаркома што прогнозу болести чини много лошијом.

Неурофиброматоза тип I се јавља на сваких 4500 новорођенчади, док се неурофиброматоза тип II јавља на сваких 45 000 новорођенчади. Статистички подаци показују да су припадници свих етничких група и раса поједнако погођени са једнаком заступљеношћу међу половима. Пацијенти оболели од неурофиброматозе имају повећан ризик од развоја малигнух тумора, појаве леукемије, развоја повишеног крвног притиска и ортопедских проблема.

Здравствена нега је веома комплексна. Подразумева примену свих сестринских интервенција, великог броја дијагностичких процедура у које су укључени и сви профили здравствених техничара, континуиран здравствено васпитни рад са оболелим и породицом оболелог. Живот људи са овом болешћу је јако тежак и захтева од медицинских сестара велико разумеванје и емпатичност.

Број речи:285

**НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ
БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ
КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

1. Карадаглић, Дерматологија, Владимир Карадглоћ диол инд, Београд 2016.,
2. <https://ghr.nlm.nih.gov/condition/neurofibromatosis-type-1>,
3. <https://medlineplus.gov> › *Health Topics*,
4. emedicine.medscape.com/article/1177266-overview,
5. www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd...bolesti.../neurofibromatoza